

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Hipnose: Uma Estratégia de Alívio da Dor no Trabalho de
Parto**

Joana Isabel Janeiro da Silva

**Lisboa
Novembro 2017**



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Hipnose: Uma Estratégia de Alívio da Dor no Trabalho de Parto

Joana Isabel Janeiro da Silva

Orientador: Prof. Mário Cardoso

Lisboa

Novembro 2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

A todos os que fizeram parte desta minha caminhada e que de alguma forma, até inesperada e sem noção, fizeram com que fosse possível perseguir e concretizar este objectivo.

LISTA DE SIGLAS

ACOG – American Congress of Obstetricians and Gynecologists

APA - American Psychological Association's

ASCH – American Society of Clinical Hypnosis

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CMESMO – Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – Cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – International Confederation of Midwives

IG – Idade Gestacional

IO – Índice Obstétrico

JBÍ – Joanna Briggs Institute

MMF – Medicina Materno Fetal

OC – Orientadora Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PBE – Prática Baseada na Evidência

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-Nascido

RNL – Revisão Narrativa da Literatura

SUGO – Serviço Urgência Ginecológica e Obstétrica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

RESUMO

O parto é um momento único na vida de uma família. A dor é um fenómeno intimamente ligado ao trabalho de parto e gerador de desconforto, que influencia a forma com este é experienciado. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia deve ser capaz de intervir neste desconforto, de forma autónoma, potenciando o parto como um momento positivo. A “Hipnose: Uma estratégia de alívio da dor no trabalho de parto”, o tema foi desenvolvido com o objectivo de descrever, analisar e refletir acerca das atividades e competências desenvolvidas e adquiridas.

O quadro de referência deste trabalho é a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, já que o conforto irá determinar a experiência do parto da família.

A metodologia utilizada foi a Revisão Narrativa da Literatura procurando dar resposta à questão de investigação “Quais as vantagens do uso da hipnose, como meio de conforto e alívio da dor, durante o trabalho de parto?”. Desta pesquisa resultaram 4 artigos que foram posteriormente analisados através dos instrumentos da *Joanna Briggs Institute*.

Os resultados da revisão demonstram que a hipnose é um método pouco conhecido como estratégia não-farmacológica de alívio da dor e que há ainda muito por investigar nesta área.

Durante a prestação de cuidados foi recolhida informação, através de uma questão colocada no decurso da prestação de cuidados, acerca do uso de hipnose durante o trabalho de parto, cujo conteúdo foi posteriormente analisado e confrontado com a informação extraída dos artigos seleccionados.

Das 213 clientes de cuidados, grávidas e puérperas, a quem foi questionado se conheciam o conceito de hipnose associado à diminuição da dor durante o Trabalho de parto, 9 afirmaram que sim e 204 afirmaram que não.

Posto isto, emerge a necessidade de investigar mais acerca do tema e a vontade pessoal de investir.

Palavras-chave: Hipnose; Trabalho de parto; Conforto; Dor do parto.

ABSTRACT

The birth of a child is a unique moment in the life of a family. The pain is a phenomenon intimately associated with the delivery which generates a high amount of discomfort which influences on how the delivery is experienced. The nurse specialized in Maternal Health and Obstetrics should be capable of intervening in this discomfort in an autonomous manner causing the delivery process to become a positive experience. "Hypnosis: A Pain Relief Strategy in Labor". This is a subject developed with the objective of describing, analysing and reflecting on the activities and competencies developed and acquired.

The framework of reference is based on Katherine Kolbaca's theory of comfort, since the comfort is going to determine the experience of delivery.

The methodology used was based on a scoping review looking for a resolution to the question: "What are the advantages of using hypnosis as a method of pain relief and comfort during delivery?". This research produced four articles that have been subsequently analysed using appraisal tools from the Joanna Briggs Institute.

The results from the analysis demonstrate that hypnosis is a method relatively unknown as a strategy non-pharmacological for the relief of pain during delivery.

During the care phase, information was collected through a questionnaire about the use of hypnosis during the delivery process. The results were subsequently analyzed and compared with the information extracted from the selected articles.

From 213 clients asked, those pregnant and those in the postpartum period, if they were aware of the use of hypnosis associated with diminishing the pain associated with delivery, 9 confirmed having knowledge while 204 did not know.

Therefore, there exists a necessity to conduct more investigations about hypnosis and the personal investment and commitment of time.

Keywords: Hypnosis; Labor; Confort; Delivery pain.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA.....	13
1.1. Trabalho de Parto.....	14
1.2. Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor.....	17
1.3. Hipnose.....	18
1.4. Teoria do Conforto de Khatarine Kolcaba.....	21
2. METODOLOGIA DE TRABALHO.....	23
2.1. Revisão Narrativa da Literatura.....	23
2.2. Aplicabilidade na Prática.....	27
3. RESULTADOS DE APRENDIZAGEM.....	29
3.1. Prestação de Cuidados de Enfermagem.....	29
3.1.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.....	30
3.1.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	33
3.1.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.....	41
3.2. Hipnose: Uma Estratégia de Alívio da Dor no Trabalho de Parto.....	43
3.2.1. Verificar se a hipnose é reconhecida pela população alvo como um método não farmacológico de alívio da dor.....	43
3.2.2. Identificar benefícios do uso da hipnose como estratégia de alívio da dor no trabalho de parto.....	44
3.2.3. Propor intervenções que promovam o uso da hipnose durante o trabalho de parto.....	44
4. LIMITAÇÕES.....	47
5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	48
6. QUESTÕES ÉTICAS.....	49
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Sistematização da pesquisa nas bases de dados.....	24
Quadro 2. Critérios de inclusão e exclusão de estudos.....	24
Quadro 3. Seleção de estudos.....	25

APÊNDICES

APÊNDICE II – Cronograma

APÊNDICE III – Resumo da Recolha de Dados

ANEXOS

ANEXO I – Avaliação e Extração usando ferramentas do JBI, Estudo 1

ANEXO III – Avaliação e Extração usando ferramentas do JBI, Estudo 2

ANEXO V – Avaliação e Extração usando ferramentas do JBI, Estudo 3

ANEXO VI – Avaliação e Extração usando ferramentas do JBI, Estudo 4

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório inserido no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

A UC supracitada decorreu em dois serviços distintos de Bloco de Partos (BP)/Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO) de Hospitais do distrito de Lisboa, entre Março e Julho de 2017.

Um relatório de investigação tem como objectivo comunicar os resultados obtidos, bem como demonstrar que as noções estudadas foram assimiladas (Fortin, 2009). Com este documento pretende-se ainda obter título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) e o grau de Mestre.

A finalidade deste relatório prende-se com o desenvolvimento de “competências na prestação de cuidados especializados à mulher/recém nascido (RN)/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal” (ESEL, 2016, p.2).

A competência

“é, hoje em dia, entendida de uma forma holística, pragmática e interativa. Concebe-se como um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias. Não se manifesta apenas num aspeto específico” (Alarcão, 2001, p.53).

A mesma autora defende que o enfermeiro competente é aquele que é capaz de mobilizar, no momento certo, um conjunto de conhecimentos e capacidades adequados à situação concreta.

O nascimento de um filho é um acontecimento único e marcante na vida de uma família. De acordo com Pedro & Oliveira (2016) o trabalho de parto é psicologicamente aceite como algo natural mas é também associado à dor e ao desconforto, que por sua vez geram medo e ansiedade que aumentam de forma sincrónica à evolução da gravidez.

Torna-se assim importante que os profissionais de saúde entendam a dor também como um fenómeno afectivo, e não apenas sensitivo, e que intervenham por forma a minimizar a dor da parturiente (Lowe, 1996, citado por Chang, et al.,

2006). Também de acordo com a OE (Ordem dos Enfermeiros, 2011b) o EEESMO tem o dever de promover intervenções promotoras do conforto e bem-estar da mulher e convivente significativo.

Segundo Osório, Júnior & Nicolau (2014) os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser explorados, uma vez que são mais seguros e menos invasivos. A implementação destes métodos pode, e deve, ser realizada pelo enfermeiro na medida em que é essencial para a incrementação da autonomia profissional e produção de conhecimento.

São diversos os métodos não farmacológicos de alívio da dor existentes nos dias de hoje, e por conseguinte ao dispor do EEESMO, como a liberdade de movimentos, o apoio contínuo, o uso da água, a aromoterapia, a musicoterapia, a hipnose, a massagem, entre outros, como corroborado pela OE (2013).

Dentro do leque de métodos não farmacológicos que encontrei ao fazer uma pesquisa inicial, optei por estudar acerca da hipnose por ser um tema ainda pouco estudado, isto apesar de já em 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) referir a hipnose como uma estratégia psicossomática alternativa para ajudar a mulher durante o parto (OMS, 1996). Apesar de desconhecido, começam agora a surgir estudos que demonstram efeitos benéficos.

A escolha deste tema prende-se não só com o desafio de trabalhar um tema pouco estudado e pouco conhecido, mas também com a vontade de estudar um tema que possa ser desenvolvido pelo EEESMO como intervenção autónoma e não-invasiva, com potencial para ajudar a mulher a lidar com a dor do Trabalho de Parto (TP), se assim o desejar.

A metodologia utilizada para aprofundar o tema foi Revisão Narrativa da Literatura (RNL), com recurso à plataforma EBSCO, para dar resposta à questão de investigação: “Quais as vantagens do uso da hipnose, como meio de conforto e alívio da dor, durante o trabalho de parto?”

A realização deste trabalho visa o desenvolvimento profissional na Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de forma a responder às competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), através da temática proposta.

De acordo com a problemática proposta e com a OE (2011b) as competências específicas a que me proponho desenvolver são:

- 2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- 3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- 4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Foi definido como objetivo geral deste relatório: Desenvolver conhecimentos relativos ao uso da hipnose como estratégia de alívio da dor no trabalho de parto.

Subjacentes a este objectivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Verificar se a hipnose é reconhecida pela população alvo como um método não farmacológico de alívio da dor;
2. Identificar benefícios do uso da hipnose como estratégia de alívio da dor no trabalho de parto;
3. Propor intervenções que promovam o uso da hipnose durante o trabalho de parto.

Subjacente a este relatório, encontra-se um quadro conceptual, que será norteador da prestação de cuidados ao longo do ensino clínico (EC). O escolhido assenta na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, uma vez que o foco desta teórica é no conforto, e sabe-se que o conforto influencia a forma como o parto é vivenciado pela mulher, sendo assim determinante para a sua experiência. Esta teórica divide o conforto em duas dimensões: os três estados de conforto e os quatro contextos nos quais o conforto é experienciado. Os três estados do conforto são: o *Alívio*, a *Tranquilidade*, e a *Transcendência*; os quatro contextos são: físico, ambiental, psicoespiritual e social, contribuindo para uma melhor percepção do mesmo. A teoria defende que uma necessidade pendente gera tensão negativa, que por sua vez representa um desequilíbrio. Aqui a necessidade pendente será o alívio da dor.

O relatório é constituído pela presente introdução, pelo enquadramento da temática eleita, e pelo quadro de referência orientador do mesmo. Seguidamente será descrita a metodologia de trabalho utilizada.

Posteriormente serão apresentados os resultados de aprendizagem, as limitações, as implicações para a prática, as questões éticas, e por fim as considerações finais e limitações sentidas ao longo da elaboração deste relatório.

1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

Este capítulo tem como objectivo fundamentar o desenvolvimento da temática eleita, a hipnose, no contexto da intervenção do EEESMO junto da parturiente. Foi assim realizada uma pesquisa bibliográfica por forma a justificar e contextualizar o tema, identificando a problemática bem como a área de intervenção do EEESMO através da mobilização das competências específicas do mesmo, preconizadas pela OE.

A base de sustentação da disciplina de Enfermagem é a utilização de resultados de pesquisas na prática profissional (Pedrolo, Danski, Mingorance, Lazzari, Méier & Crozeta, 2009), isto é, uma prática baseada na evidência (PBE).

A PBE envolve a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação destas na prática e apreciação dos resultados, por meio da integração de três elementos: a melhor evidência, as habilidades clínicas e a preferência do paciente. (Pedrolo et al., 2009)

Também a OE define PBE como a “incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos clientes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, 2006, p.1)

O enfermeiro deve ser capaz de realizar uma PBE e de compreendê-la como produção e validação do conhecimento, com uma visão crítica e responsável (Pedrolo et al., 2009).

Para tal, Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson & McCormack (2004) indicam duas ferramentas importantes para a produção de conhecimento com base na experiência clínica: a reflexão e o pensamento clínico.

Também o Art.º 109.º do REPE e Estatuto diz que o enfermeiro deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (OE, 2015, p.86).

É neste sentido que surge o desenvolvimento deste relatório, como contributo para uma prática de enfermagem cada vez mais sustentada por evidência científica de qualidade.

1.1. Trabalho de Parto

“Ser pai/mãe é ser agente de continuidade entre gerações mas é também ser simultaneamente capaz de assegurar a descontinuidade, os limites e a diferença entre essas mesmas gerações. Ter filhos é transmitir heranças diversas, desde genética, às de costumes, valores e significados mas é igualmente, num contexto de intimidade, aceitar a diferença da individualidade”. (Canavarro, 2001, p.17).

A gravidez decorre num período temporal definido. É o período entre a concepção e o parto, no entanto a maternidade ultrapassa a gravidez, é para toda a vida, como afirma Canavarro (2001) é um compromisso para toda a vida.

“O momento do parto origina mudanças físicas, sociais, e psicológicas na vida da mulher e da família, sendo este acontecimento marcante no seu percurso e vida” (Amaral & Martins, 2016, p.400).

O trabalho de parto define-se como “um conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (Fatia & Tinoco, 2016, p.308).

A OMS (1996) define parto normal como o início espontâneo do trabalho de parto, de baixo risco, permanecendo assim até ao fim do mesmo. O RN nasce espontaneamente, em posição de vértice entre as 37 e as 42 semanas completas de gestação. Depois do parto a mãe e o bebé encontram-se em boa condição.

Convenciona-se que o trabalho está dividido em quatro estádios:

- O primeiro estágio, quando se dá o apagamento ou extinção e dilatação do colo;
- O segundo estágio, que tem início com o período expulsivo;
- O terceiro estágio, quando se dá a dequitação;
- O quarto estágio, ou puerpério imediato, que engloba as duas horas após o parto.

O primeiro estágio chamado de apagamento, inicia-se com as contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo. Subdivide-se em duas fases: a fase latente, que compreende o apagamento e o início da dilatação entre os 0 e os 4cm de dilatação, e a fase ativa, que compreende a dilatação a partir dos 4cm até aos 10cm, dilatação completa (Fatia & Tinoco, 2016).

O segundo estágio, designado por período expulsivo, tem início com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto (Fatia & Tinoco, 2016).

O terceiro estágio, denominado por dequitação, decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta.

A avaliação do início do TP é um fator fundamental na sua condução. No decurso da avaliação do TP devem ainda ser valorizados aspectos como: contrações uterinas regulares, apagamento e dilatação do colo do útero, perda de líquido amniótico e fluxo sanguinolento (APEO, 2009).

Lowdermilk & Perry (2008) definem cinco fatores influenciadores do TP, aos quais o EEESMO deve estar atento e valorizar: o passageiro, o canal de parto, as contrações, a posição materna e as suas reações psicológicas.

Com a evolução da medicina e da assistência perinatal, o parto deixou de ser realizado num ambiente familiar e íntimo para ser realizado em meio hospitalar, muitas vezes desconhecido e sem significado. É por isso que hoje é promovida a visita à maternidade, para que o casal estabeleça uma relação de confiança, segurança e respeito que proporcionará uma sensação de relaxamento que poderá influenciar o desenrolar do TP (Batista & Pereira, 2016).

O parto constitui-se como a última etapa da concepção onde o ser concebido iniciará uma vida independente do organismo materno. A este processo parece ser inerente a experiência da dor.

“Ao longo da história da Humanidade a dor tem sofrido alterações interpretativas, passando de fenómeno cósmico na Antiguidade, em que os homens primitivos procuravam o alívio da dor através de amuletos, tatuagens e do uso da magia pelos curandeiros; atribuindo-a a um castigo de Deus, no início da civilização judaico-cristã e, ainda, à redenção e purificação da alma, pelos cristãos”. (Guerra, 2016, p.408).

Segundo a OMS (1996) quase todas as mulheres experienciam dor durante o parto, no entanto a resposta à dor é diferente em cada uma delas. Isto, porque de acordo com Lowdermilk & Perry (2008), a dor é um fenómeno complexo e individual, sujeito a fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais.

As contrações uterinas durante o parto são as responsáveis pela dor. Segundo Graça (2010) o seu mecanismo não está ainda esclarecido, tendo sido alvitadas hipóteses como a hipóxia miometrial, a compressão dos nervos do colo e do segmento inferior, o estiramento do colo e o estiramento do peritoneu adjacente.

Já de acordo com Cunha (2010), a dor inicial é de origem visceral e com uma localização imprecisa. Esta dor está associada às contrações uterinas, à dilatação do colo do útero e à distensão do segmento inferior do útero. De acordo com Guerra (2010) os segmentos espinais T10 a L3 são os responsáveis pela percepção desta dor. A dor somática surge associada à descida da apresentação (Cunha, 2010) e à distensão do períneo (Guerra, 2016). Esta é uma dor definida e localizada pela qual são responsáveis os segmentos S2 a S4.

Ao longo dos anos, com a modernização e a adoção de novos estilos de vida verifica-se um aumento do medo da dor, o que cria uma ilusão de bem-estar e segurança permanentes (Pedro & Oliveira, 2016). Simultaneamente, a medicina evoluiu também, pelo que assistimos a uma mudança no paradigma da dor, procura-se agora um alívio ou mesmo uma abolição total da dor. Na área da obstetrícia não é diferente, como tal existem atualmente diversos métodos de alívio da dor, que surgiram como resposta a esta demanda pela ausência de dor.

Importa referir que a dor no TP pode ser considerada como um guia, uma proteção da parturiente e do feto, uma vez que leva à adoção de diferentes posicionamentos que por sua vez podem reduzir a compressão e a resistência na bacia, colo do útero e períneo (Pedro & Oliveira, 2016).

De acordo com ICM (2017) o EEESMO é reconhecido como um profissional responsável que trabalha em parceria com as mulheres providenciando apoio, cuidados e conselhos necessários durante a gravidez, trabalho de parto e período pós-parto, à mãe e RN. É ainda responsável pela implementação de medidas preventivas, promoção do parto normal, detecção de complicações na mãe e RN, acesso a cuidados médicos ou outra assistência adequada e intervenção em caso de emergência.

Por último, e não menos importante, referir que o EEESMO deve centrar e ajustar toda a sua prática do cuidar, durante o TP, às necessidades da mulher/casal, garantindo uma abordagem verdadeiramente individualizada e humanizada (Rodrigues, 2016).

1.2. Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor

Promover o conforto e a satisfação da parturiente é dos deveres mais importantes do prestador de cuidados. Deve valorizar-se o parto fisiológico e o uso adequado de medidas terapêuticas, respeitando a individualidade e autonomia de cada mulher (Osório, Júnior & Nicolau, 2014).

As mulheres não são simples receptores da medicalização e estão cada vez mais despertas para as políticas de saúde e para os seus direitos enquanto clientes de cuidados de um serviço (Rodrigues, 2016).

Segundo a OE (2012) “a implementação de práticas altamente tecnológicas e sofisticadas, que contribuíram para melhorar os resultados perinatais, conduziram a uma assistência no parto mais uniformizada, mais intervencionista, destituindo a mulher do seu papel ativo, causando-lhe um clima de insatisfação e medo.” (OE, 2012, p.11).

O The International Confederation of Midwives (ICM, 2013) define como competência do EEESMO proporcionar cuidados de alta qualidade, culturalmente sensíveis durante o trabalho de parto, realizar um nascimento seguro e lidar com situações de emergência selecionadas por forma a maximizar a saúde das mulheres e seus RN. Dentro desta competência destaca-se a de fornecer medidas adequadas de hidratação, nutrição e conforto não-farmacológico durante o parto e nascimento.

Assim, o EEESMO deve estar preparado para proporcionar à mulher as intervenções necessárias ao controlo da experiência de dor, sejam as intervenções farmacológicas ou não-farmacológicas. Segundo Osório, Júnior & Nicolau (2014) o trabalho de parto é considerado um processo natural, no qual a mulher pode ter uma experiência confortável e ser capaz de superar o desconforto da dor, sem recurso a intervenções farmacológicas. É apenas necessário satisfazer os desejos e as necessidades da mesma, proporcionando-lhe conforto.

A OMS (1996) refere como tarefa importante do EEESMO ajudar as mulheres a lidarem com a dor do parto. Isto pode ser conseguido através de uma abordagem farmacológica, com analgésicos ou de uma abordagem não farmacológica, a qual é menos invasiva. Deve iniciar pela transmissão de informação tranquilizadora á mulher grávida e convivente significativo, logo nos cuidados pré-natais. O apoio, antes e durante o parto, pode reduzir a necessidade de analgesia e, assim, favorecer a experiência do parto.

Existem, hoje em dia, vários métodos não farmacológicos ao dispor das parturientes, tais como: hipnose; biofeedback; injeção subcutânea ou intradérmica de água estéril; hidroterapia; aromaterapia; técnicas de relaxamento, que incluem musicoterapia e yoga; acupunctura ou acupressão; massagem e reflexologia; e estimulação neurológica transcutânea, conhecida como TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) (Ferreira, 2016).

Segundo Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala (2012) uma das grandes vantagens destes métodos prende-se com o facto não serem invasivos, proporcionarem à mulher o poder de decisão acerca de quando utilizar, o que por sua vez permite que estas sigam os seus instintos e experienciem o momento. Isto remete-nos para o conceito de empowerment, no qual o enfermeiro deve olhar para o cliente de cuidados com um todo, integrando este “todo” ao longo do processo de prestação de cuidados. Este processo deve estar assente neste conceito de empowerment, bem como nos conhecimentos, teorias, perícia e intuição dos enfermeiros (Mcevoy & Duffy, 2008)

1.3. Hipnose

A tradição clínica na hipnose data desde os magnetizadores do século XVIII e dos hipnólogos do século XIX (Neubern, 2009c).

Ainda que a hipnose tenha tido uma longa tradição clínica no que respeita ao alívio e tratamento da dor, o desenvolvimento de anestésicos químicos na primeira metade do século XIX conduziu ao seu declínio durante muito tempo (Méheust, 1999 citado por Neubern, 2009b).

A hipnose é definida pela *American Psychological Associations's* (APA), como um processo durante o qual um profissional de saúde sugere ao cliente de cuidados que este experiencie alterações das sensações, percepções, pensamentos ou comportamento. As instruções são frequentemente no sentido de imaginar ou pensar sobre experiências agradáveis.

A *American Society of Clinical Hypnosis* (ASCH) acrescenta que a hipnose é uma condição de absorção interna intensa, concentração e foco, na qual a pessoa experiencia de forma plenamente consciente (ASCH, 2010).

Cyna, McAuliffe & Andrew (2004) explicam a hipnose como o uso clínico de sugestões para atingir objetivos terapêuticos específicos, como o alívio da dor ou ansiedade.

Ainda de acordo com Cyna, McAuliffe & Andrew (2004) a hipnose parece compreender estados de consciência alterados, como sonhar acordado, meditação ou concentração intensa. Estes estados hipnóticos ou de "transe" caracterizam-se por uma maior receptividade às comunicações verbais e não-verbais, que são comumente designadas de sugestões.

“O estudo da hipnose no controle da dor tem um problema considerável para a psicologia pela grande contradição subjacente à sua proposta desde os primeiros terapeutas da era moderna” (Neubern, 2009a, p.201).

Neubern (2009a) refere como maior problema a complacência, a qual não é possível delimitar pelo investigador, motivo pelo qual não se podem considerar como verdadeiras e por isso legítimas as expressões do indivíduo hipnotizado.

O autor afirma que na medicina a relação causa-efeito constitui-se ainda com um referencial dominante entre investigadores e profissionais de saúde. O sintoma é assim a expressão de um processo subjacente, e as intervenções terapêuticas procuram o alívio, a supressão e a eliminação da etiologia. O corpo é encarado como uma entidade impessoal e sem história, desprovido de subjetividade, como um palco de relações lineares e controladas, onde o conhecimento científico pode ser triunfante (Neubern, 2009b).

No entanto, e tal como referido anteriormente, a dor constitui-se como um processo subjetivo. A expressão de dor não se assume como um conjunto de sinais impessoais, dado que o corpo é parte de um sujeito psicológico concreto e é indissociável das suas emoções, vivências, relações sociais e do meio cultural onde este está inserido (Neubern, 2009b).

“O recurso à hipnose terapêutica durante a gravidez, trabalho de parto e parto existe há mais de um século, e é uma das grandes bandeiras desta área terapêutica pelos efeitos positivos que tem vindo a demonstrar” (Ferreira, 2016, p.422)

Uma vez em trabalho de parto, a grávida pode ser acompanhada por um hipnoterapeuta que a guia através de sugestões, ou pode induzir a auto-hipnose, se a tiver praticado durante a gravidez, utilizando a autossugestão (Ferreira, 2016).

De acordo com Beebe (2014) o uso da hipnose no parto exige uma preparação e condicionamento durante o período pré-natal.

Segundo Field (2008), está demonstrada uma redução no número de analgesia epidural, assim como uma classificação da dor inferior, quando comparadas com mulheres que não experienciaram a hipnose, bem como redução da ansiedade, do medo e de complicações do parto.

De acordo com Ferreira (2016) foi comprovado através de tomografia axial computadorizada que existe uma diminuição da atividade neural entre o córtex sensorial e a amígdala durante o estado hipnótico, o que aparentemente está relacionado com a interpretação emocional de sensações como a dor.

Numa meta-análise realizada por Cyna, McAuliffe & Andrew (2004) ficou demonstrado que a hipnose reduz as solicitações de analgesia no trabalho de parto. Ainda de acordo com os autores existem três outras possíveis razões pelas quais a utilização de analgésicos durante o parto pode ser reduzido ao usar a hipnose. Primeiro, o ensino da auto-hipnose facilita a autonomia da cliente de cuidados e promove uma sensação de controlo. Em segundo lugar, a maioria das parturientes é susceptível de usar a hipnose para o relaxamento, reduzindo assim a apreensão que, por sua vez, pode reduzir a solicitação de analgésicos. Finalmente, a possível redução da necessidade de aumento farmacológico do trabalho quando a hipnose é utilizada para o parto pode minimizar a incidência de hiperestimulação uterina e a necessidade de analgesia epidural.

Segundo Cyna, McAuliffe & Andrew (2004) também Lamaze usa relaxamento, tranquilidade, sugestões positivas e técnicas de fortalecimento do ego, que também são utilizadas durante a hipnose.

A hipnose parece também tornar a experiência do parto positiva. Num estudo levado a cabo por Finlayson, Downe, Hinder, Carr, Spiby & Whorwell (2015) as grávidas sujeitas ao treino de auto-hipnose, que concordaram em ser entrevistadas sobre suas experiências, relataram experiências inesperadamente positivas durante o parto e nascimento. Em alguns casos, o ceticismo inicial foi substituído por uma confiança e crença na técnica.

1.4. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

O conforto tem sido expresso, do ponto de vista dos seus componentes, como um resultado e função dos cuidados de enfermagem, como um componente inerente das necessidades básicas humanas, e como um processo em si mesmo (Malinowski & Stamler, 2002).

A enfermagem tem um papel central no conforto dos doentes podendo ser considerado como um estado último de saúde e, portanto, uma meta ou objectivo do cuidar (Morse, Bottorff e Hutchinson, 1995; Morse, 2000, citados por Apóstolo, 2009).

Diversas foram as teóricas de enfermagem que abordaram o conceito de conforto. Florence Nightingale foi a primeira teórica de enfermagem a usar o termo conforto de forma mais concisa, como afirma Apóstolo (2009). No entanto foi Katharine Kolcaba quem mais aprofundou este conceito e o operacionalizou.

Segundo Kolcaba (1994) o conforto é definido como o estado de satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência originadas por contextos de saúde causadores de stress.

A teoria desenvolvida por Katharine Kolcaba assenta em duas dimensões: os três estados de conforto e os quatro contextos nos quais o conforto é experienciado. Os três estados do conforto são: o *Alívio*, no qual o cliente de cuidados sente que as suas necessidades foram satisfeitas; a *Tranquilidade*, estado de calma ou contentamento; a *Transcendência*, estado no qual o cliente de cuidados é capaz de superar as suas dificuldades ou a dor. Os contextos onde este ocorre são: o *Físico*, relativo ao corpo; o *Psicoespiritual*, relativo à consciência interna do próprio eu, incluindo a autoestima, o conceito, a sexualidade e o significado para alguém, pode também contemplar um relacionamento com uma entidade superior; o *Ambiental*, relativo ao fatores externos da experiencia humana, ou seja, a luz, o som, a cor, a temperatura, e os elementos naturais e/ou sintéticos; o *Social*, relativo às relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 1994).

A teoria defende que as necessidades pendentes surgem a partir de uma situação de estímulo e causam uma tensão negativa. Esta tensão negativa representa um desequilíbrio que existe quando forças obstrutivas superam forças

facilitadoras. As necessidades de conforto, em qualquer aspecto do domínio de conteúdo, são identificadas e são direcionadas intervenções para essas necessidades específicas, movendo-se a tensão numa direção positiva. O cliente de cuidados percebe se as tensões são alteradas pela intervenção e o enfermeiro julga em que medida o resultado desejável de conforto foi cumprido, avaliando a percepção de conforto do cliente de forma objetiva ou subjetiva (Kolcaba, 1994).

Um aumento no conforto indica que as tensões negativas são reduzidas e as tensões positivas estão ativas. Tensões positivas levam a uma tendência unitária de comportamentos construtivos. Comportamentos construtivos de interesse para a enfermagem são os comportamentos de busca de saúde e estes comportamentos decorrem diretamente do *health thema*. O enfermeiro facilita o resultado de conforto, porque, teoricamente, ela está relacionada com comportamentos de saúde de procura internos/externos. Quando praticados, comportamentos de busca de saúde podem causar um maior conforto (Kolcaba, 1994).

A teoria do conforto proporciona uma orientação para a prática e para pesquisa de enfermagem, uma vez que implica um resultado que é mensurável, holístico, positivo e sensível aos resultados de enfermagem (Kolcaba, 1994). É uma teoria que tem sido aplicada em diversas áreas da enfermagem, uma das quais a obstetrícia, pelo desconforto da dor relatado pelas mulheres, essencialmente, durante o TP.

A dor e o consequente desconforto experienciados pelas mulheres durante o trabalho de parto está sujeito a diversos fatores. Um conhecimento profundo acerca da teoria do conforto de Kolcaba associado a um conhecimento da fisiopatologia do trabalho de parto revela-se decisivo para a prestação de cuidados promotores do conforto à mulher em trabalho de parto.

Este é o quadro teórico que vai nortear o desenvolvimento de competências, que procura a promoção do conforto e o alívio da dor através do uso da hipnose, enquanto intervenção autónoma e concernente às competências específicas do EEESMO definidas pela OE (2011b).

2. METODOLOGIA DE TRABALHO

Uma revisão da literatura é definida como “um inventário e um exame crítico do conjunto das publicações tendo relação com um tema de estudo” (Fortin, 2009, p.87). O seu objetivo, ainda de acordo com Fortin (2009) consiste em verificar o que foi escrito acerca de um tema e esclarecer como foi estudado esse mesmo tema.

Assim, o objetivo desta revisão narrativa da literatura prende-se com a verificação da literatura atual acerca do uso da hipnose no trabalho de parto.

2.1. Revisão Narrativa da Literatura

Tendo em conta a problemática, e de acordo com a menmónica P (População) C (Conceito) C (Contexto), a questão de investigação formulada para iniciar esta foi:

“Quais as vantagens do uso da hipnose, como meio de conforto e alívio da dor, durante o trabalho de parto?”

- População (P): **Parturiente**
- Conceito (C): **Hipnose**
- Contexto (C): Indefinido

Palavras-chave

Hipnose; Trabalho de parto; Conforto; Dor do parto.

As bases de dados utilizadas foram a MEDLINE, a CINHALL e a Cochrane, através da plataforma EBSCO-Host, disponível no website da ESEL. A pesquisa foi realizada individualmente em cada base de dados.

A escolha destas bases de dados prende-se com o facto de serem consideradas bases de dados de referência para artigos científicos, relacionados com a área da saúde.

De referir que os descritores utilizados para realizar a pesquisa foram singulares para cada base de dados, utilizando a forma indexada e a forma booleana.

Seguidamente apresenta-se a esquematização da pesquisa:

Quadro 1: Sistematização da pesquisa nas bases de dados.

Base de dados	Descritores e Operadores Boleanos	Resultados de Artigos
MEDLINE	S1 – Hypnosis S2 – Delivery, Obstetric S3 – S1+S2 S4 – Hypnosis and Labor	S3 = 3 S4 = 17
CINAHL	S1 – Hypnosis S2 – Labor S3 – S2 + S2 S4 – Hypnosis and Labor	S3 = 27 S4 = 39
Cochrane	S1 – Hypnosis and Labor	S1 = 7
		Total: 63

Seguidamente são apresentados os critérios de inclusão e exclusão dos artigos, no Quadro 2.

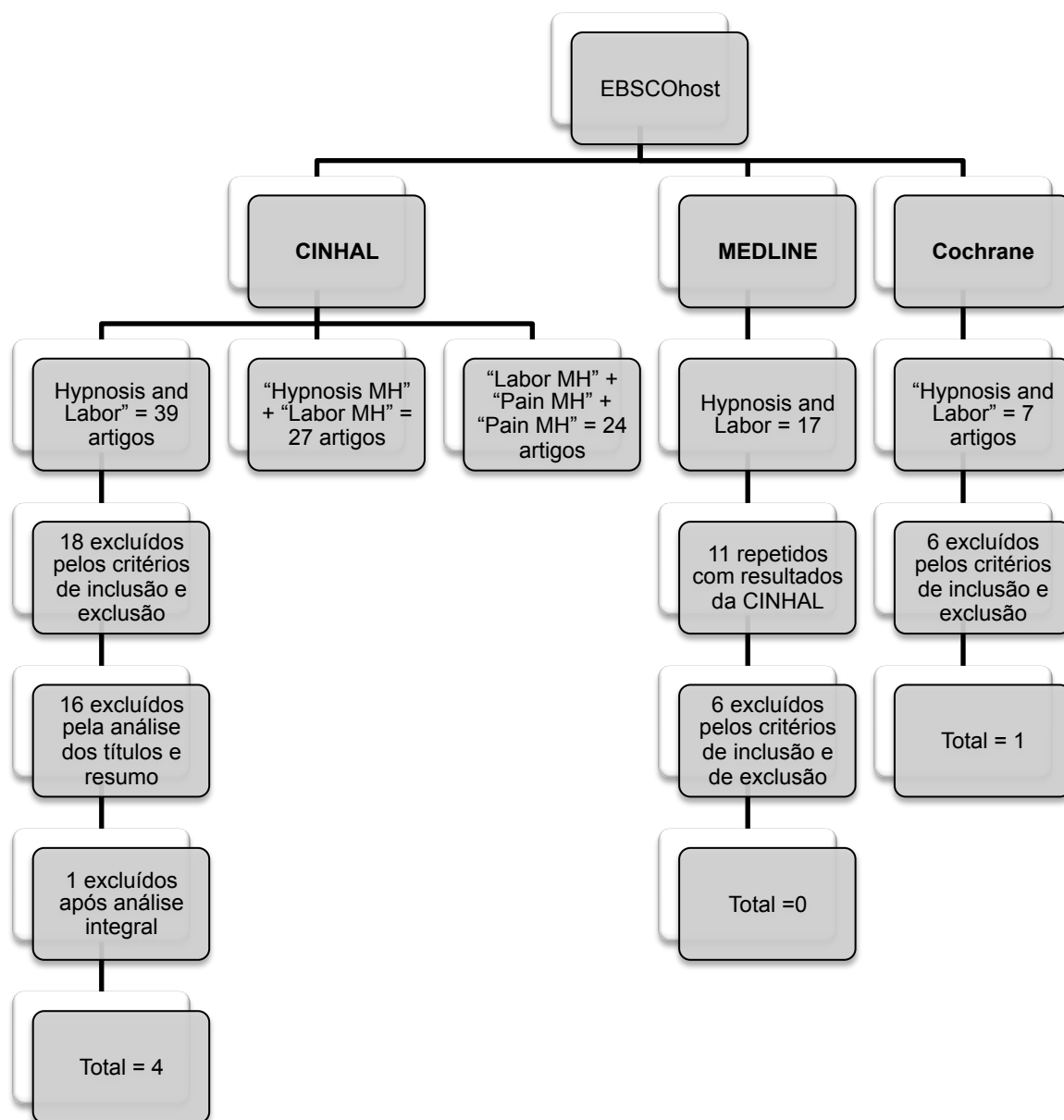
Quadro 2: Critérios de inclusão e exclusão de estudos.

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Desenho	Estudos escritos em português, inglês ou espanhol.	Achados que não sigam metodologia científica. Artigos escritos em outras línguas, que não português, inglês ou espanhol. Artigos repetidos nas bases de dados consultadas.
População	Parturientes	Mulheres não parturientes
Fenómeno de estudo	Estudos que descrevam a utilização da hipnose durante o TP na promoção do conforto/alívio da dor.	Estudos que não descrevam a utilização de hipnose durante o TP.

Reunidos os artigos resultantes da pesquisa, foram avaliados e analisados os títulos e os resumos sendo excluídos os que não se adequam à problemática em estudo. Sempre que estes não foram suficientemente claros, foi realizada uma leitura integral do artigo, evitando excluir artigos importantes (Sampaio e Mancini, 2007).

Do total de 63 artigos resultantes da pesquisa, resultou um total de 4 artigos, 3 artigos da CINAHL, 0 artigos da MEDLINE e 1 artigo da Chocrane.

Quadro 3. Seleção de estudos



Foram definidas 3 categorias para agrupar os resultados: Utilização de analgesia; Experiência do Parto; Outros resultados.

Utilização de analgesia

De acordo com a investigação levada a cabo por Phillips-Moore (2012), existe uma diminuição no uso de analgésicos, quando comparativamente a dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde relativos à população em geral entre 2008 e 2009. Já de acordo com (Cyna, Crowther, Robinson, Andrew, Antoniou, and Baghurst, 2013) não se verificou diferença no uso de analgesia de trabalho de parto farmacológica com a implementação do HATCh Hypnosis Antenatal Training for Childbirth (HATCh) na gravidez tardia, quando comparado com compilação de informação/dados independentes utilizados para comparar participantes de não participantes, a “The Aarhus Birth Cohort”. Ainda neste estudo, foi identificada uma redução da analgesia apenas em mulheres que estavam no grupo que recebeu sessões de hipnose e que em associação praticavam yoga.

No estudo levado a cabo por (Werner, Uldbjerg, Zachariae, Rosen, and Nohr, 2013), fica demonstrado que o uso da hipnose não reduziu o uso de analgesia epidural durante o parto em comparação com o grupo que recebeu apenas relaxamento ou os cuidados habituais.

Experiência do parto

Os resultados do estudo de (Werner et al., 2013) apresentam um efeito positivo de um breve curso pré-natal em self-hypnosis no que respeita à experiência do parto. Neste, estatisticamente, o grupo da hipnose apresenta uma mudança positiva nas expectativas significativamente superior aos outros grupos;

Outros resultados: Diminuição da incidência de depressão pós-parto; aumento dos indices de Apgar; aumento da confiança e do relaxamento; satisfação pelo envolvimento e apoio dos conviventes significativos

2.2. Aplicabilidade na Prática

Terminada a fase de pesquisa importa agora tentar traduzir na práxis os resultados obtidos.

Para realizar hipnoterapia é necessário o certificado de hipnoterapeuta, motivo pelo qual não me era possível executá-la, pelo que tive de arranjar alternativas por forma conseguir transpor o tema para a prática.

Inicialmente tentei estabelecer alguns contactos com profissionais da área da saúde que já tivessem alguma experiência na utilização da hipnose, o que não se revelou uma tarefa fácil, ou tão enriquecedora como desejava. A hipnose em Portugal é de facto um mundo ainda à parte da prática de cuidados, e os profissionais de saúde que a incorporam na sua prática são ainda mais escassos. Contactei com um perito na área que utiliza algumas bases da hipnose durante a indução anestésica, no entanto não utiliza na área da obstetrícia. Contactei também com um perito na área que utiliza a hipnose na consulta da dor, e apesar de já ter tido uma experiência com a utilização de hipnose numa grávida, foi uma experiência única, e não foi na primeira pessoa, pelo que acabou por não se traduzir em algo benéfico para o meu trabalho. No entanto, acabei por conseguir estabelecer contacto com uma perita na área, que após o primeiro parto realizou um curso de hipnoterapia com o objectivo de se particularizar na área da saúde materna e obstetrícia. O seu segundo parto, que ocorreu durante o segundo ano deste 7º CMESMO, foi sob hipnose. Pediu autorização à maternidade, que elegeu para ter a sua segunda filha, para poder ter um acompanhante extra, a hipnoterapeuta com quem desenvolveu o programa de hipnose durante a gravidez.

Como tal, achei que seria importante trazer a experiência da “Maria”, nome fictício, através de uma entrevista semi-estruturada, ou entrevista semidirigida. Uma entrevista é um modo de comunicação verbal que se estabelece entre entrevistador e o respondente e que permite uma colheita de dados. A entrevista semidirigida é aquela onde existe um equilíbrio entre os intervenientes, permitindo ao entrevistado alguma liberdade na resposta (Fortin, 2009).

A entrevista permite mobilizar e contrapor a experiência pessoal do respondente, na primeira pessoa, com os resultados obtidos na RNL.

Para além do já referido iniciei um trabalho transversal, que surgiu com o segundo EC, e consistiu em aplicar um questionário informal, no decurso da

prestação de cuidados, para aferir os conhecimentos acerca da hipnose, enquanto método não farmacológico de alívio da dor, da população alvo de cuidados do EEESMO, mais especificamente, grávidas, parturientes e puérperas.

3. RESULTADOS DE APRENDIZAGEM

“Refletir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa atividade conceptualizadora lhe atribui significado” (Alarcão, 2001, p.)

Já Benner (2001) refere que o desenvolvimento de competências é mais do que acumulação de saber teórico, é também o desenvolvimento do conhecimento prático proveniente da experiência clínica.

Dada a importância da descrição das aprendizagens realizadas, é seguidamente apresentada a descrição e análise das competências desenvolvidas ao longo do EC, mobilizando a evidência científica mais atual com o intuito de fundamentar as atividades desenvolvidas.

3.1. Prestação de Cuidados de Enfermagem

De acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este

é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (OE, 2011a, p.2.).

Também a International Confederation of Midwives (2017) define como escopo da prática do EEESMO que este seja reponsável e trabalhe em parceria com a mulher, conferindo apoio, cuidados e conselhos necessários durante a gravidez, o trabalho de parto e o período pós-parto, é ainda da responsabilidade do EEESMO conduzir e realizar o parto e prestar cuidados ao RN.

Posto isto, assumo, neste meu processo de aprendizagem, tal como descrito no Regulamento de Competências Específicas do ESMOG que este

assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais o ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2011b, p.1)

Foram estas as premissas bases da minha intervenção pelas quais me regi durante a prestação de cuidados à mulher, convivente significativo e RN durante a realização deste EC e no exercício de funções enquanto EEESMO no futuro.

Os resultados de aprendizagem decorrentes dos cuidados de enfermagem prestados, serão seguidamente apresentados de acordo com as competências específicas a que me propus desenvolver inicialmente, mais especificamente tendo em conta as unidades de competência, bem como de acordo com os objetivos específicos traçados.

3.1.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal:

Importa referir que esta competência foi desenvolvida os ECs anteriores, nomeadamente o EC III, Cuidados de Saúde Primários e do EC IV, Cuidados à grávida no Serviço de Medicina Materno-fetal.

Procurando dar resposta a esta competência, creio que importa começar por abordar a avaliação inicial. A avaliação inicial é a primeira etapa do processo de enfermagem, constituindo um marco essencial na planificação dos cuidados. As informações recolhidas permitem determinar o estado de saúde do cliente de cuidados e identificar qualquer problema de saúde real ou potencial (Smeltezer e Bare, 2011).

No que se refere ao acolhimento da parturiente e convivente significativo no serviço, e tendo em conta que para Lowdermilk (2008) a forma como o enfermeiro comunica com a mulher durante o primeiro contacto, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva, houve sempre a preocupação de criar um ambiente propício ao estabelecimento da relação profissional começando por apresentar a equipa, apresentar o serviço e as suas normas, colher os dados que caracterizavam a situação recorrendo às diferentes fontes de informação. Assim, aquando da entrada da mulher, o EEESMO deve inicialmente realizar uma entrevista e observação física e obstétrica.

Posteriormente à validação do BSG devem abordar-se aspetos como: sinais vitais, sinais de rotura de bolsa amniótica, frequência e duração das contrações,

movimentos fetais, índice obstétrico (IO), idade gestacional (IG), história obstétrica e ginecológica, grupo de sangue, antecedentes pessoais relevantes e alergias, vigilância da gravidez atual, intercorrências, e consulta de exames pré-natais.

Após a colheita de dados deve fazer-se a avaliação do grau de risco do trabalho de parto (TP) e parto. Posteriormente deve realizar-se a observação física, mas sempre com o consentimento da mulher. Esta observação inclui a observação do estado geral, sinais vitais, edemas, manobras de Leopold, avaliação da altura do fundo do útero e realização de cardiotocografia (CTG). Neste âmbito poder-se-á proceder ao exame vaginal para determinar as características do colo ou a sua dilatação.

É de facto uma experiência diferente, quando a grávida chega a um BP, onde frequentemente tem já um diagnóstico atribuído, ainda que o seu estado de saúde possa alterar-se. Já no SUGO a realidade é diferente da de um BP, há que ter atenção a todos os pormenores, olhar a pessoa de forma holística nunca fez tanto sentido, em cada afirmação pode estar oculta sintomatologia, em cada história pode estar implícito um pedido de ajuda. São inúmeros os aspectos a ter em conta.

Uma vez no BP, procurei realizar o acolhimento de uma forma personalizada e humanizada, tendo em conta as características de cada um, de cada família. Para tal torna-se importante o estabelecimento de uma relação de empatia. Uma relação que se iniciava logo pelo simples questionar do nome da grávida, do convivente significativo, e se for o caso, do futuro RN. Realizei uma breve apresentação das instalações do serviço e fiz referência às principais normas de funcionamento do mesmo, qual o horário possível de acompanhamento e as normas para a sua estadia junto da grávida, o horário das passagens de turno, entre outras informações pertinentes para cada situação em particular. A unidade estava sempre previamente preparada e para isso contou muito com o auxílio das assistentes operacionais.

Em todas as grávidas internadas no BP foi realizada uma monitorização contínua materna e fetal (monitorização, vigilância e interpretação do registo cardiotocográfico) atendendo a padrões de contractilidade uterina, padrões e variação da frequência cardíaca fetal, correlação entre a contractilidade uterina/frequência cardíaca fetal, reconhecimento precoce das alterações na resposta materna e cardíaca fetal. O reconhecimento de um CTG não tranquilizador foi também um dos desenvolvimentos mais significativos ao longo do EC, ainda que

a forma de intervir requeira maior destreza, não descurando por sua vez a existência do conhecimento.

No BP, tive a oportunidade de prestar cuidados a grávidas com patologia associada, um caso concreto do qual me lembro foi uma grávida com diagnóstico de pré-eclâmpsia.

A pré-eclâmpsia é definida, segundo Graça (2010), como hipertensão arterial, associada a proteinúria e/ou edema patológico, após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. A grávida que ficou ao meu cuidado tinha 33 semanas de gestação e 2 dias, ficou internada no BP com o diagnóstico de pré-eclâmpsia, apresentava valores de pressão arterial (PA) elevados, PA diastólica na ordem dos 105mmHg e PA sistólica na ordem dos 170mmHg. Associado a estes valores, apresentava ainda edema dos membros inferiores e proteinúria. Importa referir que após as 36 semanas está indicado termo da gestação, uma vez que não existe benefício em prolongá-la, já nas gestações até às 34 semanas está indicada a administração de glucocorticóides para acelerar o a maturação fetal (Graça, 2010). No decurso da minha prestação de cuidados foi promovido um ambiente calmo, silencioso e com uma luminosidade diminuída, bem como o repouso no leito. Foi avaliada da PA de 15 em 15 minutos, realizado balanço hídrico e monitorizada diurese horária, uma vez que tinha iniciado a administração de sulfato de magnésio como anticonvulsivante e também como neuroprotetor. De referir que foram sempre explicados todos os procedimentos executados e a origem dos mesmos ao casal, tentando mante-los informados para não gerar medo e ansiedade. Encontrando-se o quadro clínico a deteriorar, PA manteve-se elevada, alterações importantes a nível hepático e diminuição das plaquetas foi realizada uma cesariana de emergência.

A avaliação da integridade da bolsa de águas e a avaliação da necessidade de realizar amniotomia também foi um ponto importante durante este período de formação. Frequentemente as clientes de cuidados tinham como diagnóstico de entrada a ruptura espontânea de bolsa de águas, no entanto também surgiram algumas oportunidades de realizar uma avaliação precisa e por conseguinte concretizar uma ruptura artificial da mesma, mais especificamente a seis parturientes no total. Neste último caso, foram sempre consideradas as condições como o trabalho de parto em progressão, o colo do útero ter pelo menos três centímetros de dilatação e a cabeça deve estar fixa na pelve e impactada no colo (Oxorn, 2013). Por fim é de extrema importância a avaliação/observação das

características do líquido amniótico, ou seja, a cor, a consistência, a quantidade e o registo da data e hora da ruptura.

A promoção da eliminação vesical frequente ou quando a parturiente não o consegue realizar de forma espontânea, a avaliação da necessidade de efetuar um esvaziamento vesical (não descurando nenhum procedimento inerente a esta técnica), também se tornou uma atividade frequente, permitindo a sua identificação como uma prática importante em toda a evolução do trabalho de parto e conforto da parturiente.

Ainda referente ao período pré natal, o plano de parto pode definir-se como “um plano de desenvolvimento pessoal, onde o objectivo final tem de ser concreto e bem definido, e os meios para o alcançar devem ser reflectidos e ponderados” (Lopes, 2016, p.168), ainda de acordo com o mesmo autor a intervenção do profissional de saúde na elaboração deste plano assume relevância, uma vez que entende a importância desta ferramenta e consegue colocar as preferências da grávida e convivente significativo no centro dos cuidados.

No decurso deste EC tive a oportunidade de contactar com um plano de parto escrito, no entanto considero que, e tendo em conta a definição de plano de parto, este não tem de ser um objecto físico e palpável, todas as mulheres e conviventes significativos têm um plano de partos implícito nos seus desejos e expectativas para o parto, cabe ao EEESMO deslindar e tentar conduzir o TP de forma a respeitar estas vontades, ainda que não estejam impressas. Nos diversos trabalhos de parto que acompanhei, tive em consideração o que o casal pretendia, fazendo a gestão e a negociação entre o que era praticável dadas as condições e o que não era possível, expus sempre de forma prévia as intervenções que ia executar, explicitando o seu intuito, o que fomenta a confiança no profissional de saúde.

3.1.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Fazendo agora referência a esta competência, importa salientar que transversalmente a toda a prática foram adotadas medidas que garantiram a segurança e esterilização necessárias, o posicionamento da parturiente e a promoção de um ambiente calmo, tranquilo, relaxante (musicoterapia suave, luminosidade mínima para efetuar o parto, etc.) sem estímulos stressores. O convivente significativo, quando presente, era também acomodado junto à cabeceira da parturiente e instruído no sentido de manter o seu papel ativo em todo o processo de nascimento, ajudando a grávida nesta fase com o seu apoio efetivo.

O parto natural designa-se também como parto humanizado, que se diferencia do tradicional parto normal pela centralização das condutas e atitudes profissionais nas necessidades da mulher e do neonato(...) Todos os cuidados prestados devem-se basear nas evidências científicas, no respeito à mulher e neonato, e na aplicação de uma intervenção somente quando houver uma indicação. As atitudes dos profissionais envolvidos neste parto também são fundamentais, e devem respeitar o tempo, limites, desejos, anseios e expectativas de cada mulher durante todo acompanhamento do trabalho de parto do parto (Cruz, 2009, p.22).

Algumas parturientes procuram um parto natural, no entanto, apesar do esforço da equipa de enfermagem, na realidade não estão presentes, na íntegra, os procedimentos inerentes a um parto natural. Este facto deve-se, não só, aos procedimentos invasivos e interventivos realizados pela equipa, mas também pelo desconhecimento por parte das famílias do que é um parto natural por definição. Isto porque de acordo com a OE (2012) num parto normal de baixo risco, não devem ser realizados procedimentos por rotina tais como: episiotomia; posição de litotomia; exames vaginais repetidos; indução do trabalho de parto; e clisteres.

A vigilância do TP e do bem-estar materno-fetal, num contexto de BP é concretizada preferencialmente através da realização CTG. “Se existe sofrimento fetal a probabilidade da CTG intraparto evidenciar alguma anomalia é superior a 90 %, logo, se a frequência cardíaca fetal é normal é altamente provável que o feto esteja a tolerar bem o trabalho de parto” (Carinhas, 2001, p.400). Apesar de não se constituir como uma indicação da American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2009) a realização de CTG contínuo em TP de baixo risco, foi verificado que só era interrompida na ida das parturientes à casa de banho. Neste último local de EC pude constatar a vantagem do uso de uma telemetria, que permite mobilidade e liberdade à parturiente. Uma vez que não as telemetrias não estavam disponíveis em todos os quartos, após algumas queixas de desconforto

relativamente à pressão exercida pelos transdutores e as fitas que os fixam, foi adotada a abordagem de retirar os transdutores aquando da ida à casa de banho, em caso de CTG categoria I, segundo a ACOG (2009), que a parturiente poderia demorar algum tempo.

Promover o conforto e a satisfação da mulher no parto estão entre as tarefas mais importantes do Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

As práticas que têm estes objetivos fazem parte de um contexto de valorização do parto fisiológico e do uso adequado de tecnologias na assistência ao parto e nascimento, que incluem desde modificações nos ambientes de assistência ao parto até o emprego e práticas não medicamentosas de alívio à dor do parto; estas causam menor repercussão na mãe e o feto/recém-nascido e podem permitir à mulher maior sensação de controlo no parto (Silva, Oliveira, Silva & Alvarenga, 2011)

Foram postas em prática algumas medidas, nomeadamente:

- A promoção da ingestão de líquidos em pequena quantidade, e refeições ligeiras, quando não administrados opióides, tal como indicado pela NICE (2014);
- Proporcionar à cliente de cuidados um toalhete para limpar as mãos após o uso da arrastadeira e quando possível promovia-se o banho de água quente quer como cuidado de higiene quer como medida para alívio da dor, aconselhando sempre a aplicação de água quente na região lombar, de forma a relaxarem e a aumentar-lhes o conforto. Também foi oferecido o elixir oral, após o banho, após várias horas em trabalho de parto, após o vômito ou simplesmente quando solicitado, e foram ainda prestados os cuidados perineais após o toque vaginal ou sempre necessário;
- As mudanças de posição, preferencialmente os decúbitos laterais, os períodos de deambulação, a utilização da bola de nascimento, que foi deveras uma das atividades mais bem aceites e bem sucedidas, a massagem na região sagrada, onde eram instruídos os conviventes significativos no sentido destes participarem nos cuidados, a utilização dos vários tipos de respiração e a gestão do ambiente físico recorrendo à música e à luminosidade da sala promovendo um ambiente calmo e relaxante foram cuidados transversais à minha prática no decurso do EC;

- O estímulo à deambulação e às posturas ativas no parto constituem também uma estratégia de conforto e estão associados a um trabalho de parto menos prolongado, sem repercussões prejudiciais à mãe e ao bebê. A posição vertical e a movimentação podem diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna, melhorar as contrações uterinas e diminuir o trauma perineal (Silva et al., 2011).

A par de todas estas atividades também foi possível o acompanhamento da parturiente durante a técnica de analgesia de trabalho de parto. Efetivamente, esta analgesia é cada vez mais solicitada pelas mulheres para aliviar a dor no trabalho de parto, embora algumas parturientes ainda a recusem por medo da técnica, nomeadamente o medo de agulhas, o medo de ficarem paralisadas e de não poderem participar no parto, ou por acreditarem que pode ser prejudicial para o bebê. O quesito colocado pelas grávidas quando questionadas sobre a sua vontade em realizar a técnica era sobre o que eu, enquanto enfermeira achava. Ora, não se tratando de uma opinião pessoal, tentei sempre esclarecer todas as dúvidas, desfazer todos os mitos e clarificar o procedimento dentro das minhas competências e conhecimentos, e sempre que possível, pedi ao anestesista que falasse pessoalmente com a grávida e convivente significativo, para que assim, tomassem uma decisão de forma esclarecida.

Não há nada que prove que a dor de parto seja benéfica para a grávida ou para o feto. Pelo contrário, o stress, a ansiedade e a dor produzem, através de reflexos medulares, alterações na homeostasia materna, especificamente hiperatividade adrenérgica e hiperventilação, que determinam uma diminuição da oxigenação e da estabilidade cardiovascular materna, com significativas repercussões fetais. A analgesia epidural constitui o método mais eficaz de alívio da dor em todas as fases do parto. Utilizada criteriosamente é a técnica farmacológica que produz menos efeitos secundários sobre a fisiologia materna e fetal. Tem como objetivo proporcionar o alívio da dor sem produzir um bloqueio motor significativo, já que interessa manter a parturiente colaborante durante o parto (Martins, Marques & Tomé, 2002).

Neste sentido, ficou clara a necessidade de realizar um exame objetivo obstétrico preciso da parturiente, para determinar o momento ideal para a execução da analgesia. Isto porque, a analgesia não deve ser realizada antes do trabalho de

parto estar bem estabelecido, embora se considere que não prolonga a fase de dilatação do colo uterino, de facto, a analgesia epidural parece favorecer a abolição do reflexo de expulsão e o bloqueio da musculatura abdominal, pelo que a rotação da cabeça fetal e a descida do bebé podem ser mais demoradas, o que poderá aumentar o número de partos instrumentados (Martins et al, 2002). Assim após introdução do cateter epidural e da administração da analgesia, pelo anestesista chamado ao BP para o efeito, é importante manter uma boa vigilância da dinâmica uterina para que caso de verifique uma diminuição, esta possa ser corrigida através de oxitocina endovenosa. Também aqui se verificou um desenvolvimento de competências, uma atividade que parecia inicialmente complicada, e interdependente, tornou-se cada vez mais clara e mais autónoma.

O apoio, a presença e o toque eram essenciais durante a execução da técnica, para manter um correto posicionamento, e prevenir lesões associadas aos movimentos bruscos da parturiente.

É comum surgir, após a administração dos opiáceos, situações de retenção urinária, uma vez que a sensação de bexiga cheia pode estar diminuída ou ausente. É assim necessário vigiar a parturiente para evitar retenção urinária e excessiva distensão da bexiga.

Fora seguidos todos os formalismos teóricos e indo ao encontro da prática, pude constatar que a introdução da analgesia epidural, quando realizada no momento certo e quando totalmente eficaz melhoram substancialmente a dinâmica do trabalho de parto, acelerando-o. É indiscutível a qualidade da relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente, bem como a colaboração que se consegue obter, numa mulher submetida a esta técnica.

Desde o EC IV, Serviço de Medicina Materno Fetal, que iniciei o exame objetivo obstétrico, sendo definido por Graça (2010) como o “toque vaginal com determinação das características do colo”, isto é, consistência, comprimento, orientação, permeabilidade do orifício externo, e ainda o tamanho e as características do corpo uterino. Foram experiências deveras marcantes, nos livros todas as estruturas são facilmente distinguíveis, no entanto não é bem assim numa fase de iniciação. Hoje, e após inúmeros toques vaginais, é já uma prática que consigo dominar, ainda que por vezes surjam dúvidas, que são posteriormente colocadas à OC e discutidas. Creio que este foi uma competência desenvolvida de forma mais consistente, foram notórias as diferenças do início do EC e do fim do

mesmo. A destreza, a confiança e a segurança que adquiri foram essenciais na promoção da autonomia e da tomada de decisão.

Um outro aspeto a refletir neste relatório está relacionado com o papel do convivente significativo da mulher em TP.

O investimento emocional realizado e o tempo investido na gravidez e na maternidade podem ser encarados como um roubo à relação conjugal estabelecida. O grande desafio é conseguir desenvolver os novos papéis enquanto mãe e pai sem negligenciarem a relação conjugal (Canavarro, 2001).

À função do EEESMO, acresce também esta responsabilidade de contribuir para uma vivência a dois deste momento tão único e especial na vida do casal.

Creio que ainda existe um longo caminho a percorrer se se desejar ver o convivente significativo não no papel de mero observador mas quase como membro da equipa multidisciplinar. Segundo Lowdermilk & Perry (2008), no papel de observador, o enfermeiro atua como companheiro e fornece suporte emocional e moral. Ele observa o trabalho de parto e nascimento, mas muitas vezes adormece, vê televisão ou deixa o quarto por longos períodos de tempo. Já como membro da equipa ajuda a grávida durante o trabalho de parto e nascimento, respondendo aos requisitos do apoio físico e emocional de ambos. Enquadrar o pai ou o convivente significativo nos cuidados a prestar à mulher em trabalho de parto constituiu um desafio. É passar daquilo que designa de prestação de cuidados, para o papel terapêutico. É claro que se trata de uma contenda muitas vezes ligada a questões culturais, sendo que em Portugal e dado o aumento de informação a respeito da assistência à maternidade, e ao parto humanizado, levou muitos conviventes significativos a assumirem um papel de participação mais ativa de assistência à grávida, durante o trabalho de parto e parto. Por isto, era importante, e foi permitida sempre que possível e desejado a presença do convivente significativo. Este foi sempre informado dos condicionalismos da instituição e do serviço durante a permanência, foram sempre dadas orientações ao para um melhor aproveitamento da sua presença, e foi tido sempre em conta a preservação da intimidade. Mas para que isto seja uma realidade, é essencial continuar a mudar mentalidades, tem que se querer fazer pela diferença, tem que se mostrar o valor dos cuidados do EEESMO, tem que se acreditar que um convivente significativo bem esclarecido quanto ao seu papel, ao que se espera dele, pode ser uma ajuda preciosa para a parturiente a vários níveis, fazendo massagens, proporcionando um ambiente fresco

agitando um leque ou simplesmente segurando-lhe na mão ou dar-lhe uma palavra. Primei por estas adendas, tentando que mais do que estudante de enfermagem, fosse encarada como apoio, suporte e fonte de esclarecimento, tudo isto com o objectivo uno de satisfazer as necessidades da parturiente e convivente significativo.

Depois a atenção era focada na parturiente. Era necessário manter uma vigilância contínua do bem-estar fetal, da eficácia da contractilidade uterina, confirmar as condições da bacia/variedade da apresentação fetal; era importante conseguir identificar as condições ideais para o início de esforços expulsivos maternos e no seguimento estimular e orientar verbalmente a mulher para os iniciar e como poderia realizá-los. É muito importante a avaliação da respiração da parturiente no sentido de prevenir o desencadear da manobra de Valsalva, o que diminui a perfusão do oxigénio através da placenta, conduzindo á hipóxia fetal Lowdermilk & Perry (2008).

Na maioria das vezes o posicionamento mais utilizado para a parturiente parir, foi o decúbito dorsal com a hiperflexão das coxas. Este último detalhe revelou-se de facto facilitador para a expulsão do feto, pois aumenta a amplitude da bacia e os membros inferiores funcionam como alavanca, o que potencia os esforços expulsivos maternos, tal como afirmam Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa (2016).

Foi possível a execução de manobras que auxiliassem a parturiente a fazer esforços expulsivos e instrui-la no sentido da percepção da contração, quando estava sob anestesia epidural.

As execuções de manobras de extração fetal foram conseguidas com segurança e atitude desde muito cedo. Foi o culminar gratificante de todo este processo de trabalho de parto e parto. Realmente o desfrutar da experiência de ajudar a nascer é uma prática indescritível de sentimentos e emoções. Após a expressão da orofaringe do recém-nascido e, quando possível, foi sempre promovido de imediato o contacto pele-a-pele entre recém-nascido/mãe promovendo precocemente a vinculação. Também foi possível oferecer ao convivente significativo a possibilidade de seccionar o cordão umbilical, que juntamente a toda esta envolvimento se torna um momento único, como relatado pelos mesmos.

A decisão de realizar episiotomia foi um aspeto suscitador de algumas dúvidas, uma vez que nem sempre é fácil avaliar a necessidade da sua realização, estando o receio de provocar lacerações graves sempre presente. De acordo com o National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) o preconizado é não

usar a episiotomia por rotina, num parto vaginal espontâneo, como forma de prevenir o trauma perineal. No entanto, não passam muitos anos em que esta era a prática de eleição (Graça, 2010).

Assim, e refletindo a prática, conhecendo as características adjacentes à parturiente, como o IO, o percentil fetal, o peso de nascimento dos filhos anteriores, e após avaliação do períneo quanto à sua elasticidade e tamanho, será tomada a decisão de realizar ou não episiotomia.

No final do EC contabilizei um total de 17 episiotomias, 26 lacerações perineais e 6 períneos íntegros. Importa referir que nenhuma das lacerações foi de Grau IV, dado que estas envolvem as estruturas anteriores e o esfíncter retal (Fatia & Tinoco, 2016).

Gostaria que o número de episiotomias fosse inferior, uma vez que tal como anteriormente citado, não existem evidências em como a realização de episiotomia diminua a frequência de laceração perineal, e tal como preconizado pela OE (2015), é necessária uma mudança de comportamentos por forma a abandonar a prática da episiotomia por rotina.

Após a expulsão do feto, e sempre que o RN não necessitava de intervenções após o nascimento, foi colocado imediatamente em contacto pele-a-pele com a mãe, sempre que esta o consentia. A OMS e a United Nations International Children's Emergency Fund recomendam esta medida, uma vez origina benefícios para a mãe e para o RN. Lowdermilk & Perry (2008) afirmam que o contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento permite fortificar a vinculação entre ambos, e sabemos, através de Canavarro (2001) que o processo de vinculação, essencial à sobrevivência da espécie humana.

Relativamente à prestação de cuidados à parturiente no terceiro estágio do TP, que assenta na dequitação, existem duas atitudes a adoptar, a passiva e a ativa. Os sinais comuns de dequitação são: contração uterina; mudança da forma discóide do útero para ovoide; saída súbita de sangue à vulva; descida do cordão ou aumento aparente do cordão; e aumento do volume vaginal (Fatia & Tinoco, 2016).

Foi sempre utilizada uma atitude ativa, clampando o cordão, traccionando e concomitantemente massajando o útero. Posteriormente após a saída da placenta deve-se realizar uma revisão da placenta com observação da integridade e características da mesma, integridade das membranas, aspeto do cordão umbilical e comprimento e número de vasos sanguíneos.

Uma das complicações inerentes nesta fase é a retenção de tecido placentar, tal com afirma Graça (2010) sendo a maioria delas resolvidas no momento (exploração/remoção manual dos restos placentares, massagem uterina bimanual), no entanto sempre com comunicação da situação à equipa médica, na maioria das vezes com controlo ecográfico posterior. Este tipo de procedimentos foi realizado sempre tendo o cuidado de proporcionar o menor desconforto possível à parturiente, estando sob analgesia epidural. No decurso do EC tive oportunidade de realizar esta técnica por três vezes, sempre com a supervisão da OC.

Por fim, e porque este capítulo é dedicado às competências do EEESMO durante o TP, importa referir que findado o EC somei um total de 49 partos eutócios e pude acompanhar um total de 82 trabalhos de parto. Sem dúvida que a realização de partos eutócicos, e o acompanhamento dos trabalhos de parto mesmo quando estes culminavam em partos distócicos, foi a parte mais gratificante e motivadora durante todo curso.

3.1.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Relativamente a esta competência, as atividades onde mais cedo me senti autónoma foram: a avaliação do bem-estar materno-fetal; a identificação dos sinais de descolamento da placenta; a realização da dequitação e proceder à sua caracterização; a desinfeção vulvar e perineal; a revisão placentar detalhada e do cordão umbilical; a confirmação da contratilidade uterina/verificação de globo de segurança de Pinard; e a administração de ocitócicos.

De facto, tão importante como a correta técnica da reconstrução do períneo é a promoção da continuação do contacto, sempre que possível, entre recém-nascido/mãe/convivente significativo. Para tal, foi prática corrente o início da amamentação já durante este estágio do TP para tirar vantagem do estado de alerta do RN e para estimular a produção de ocitocina que promove a contração do útero Lowdermilk & Perry (2008).

Os cuidados inerentes ao RN foram facilitados dada a minha experiência profissional enquanto enfermeira de cuidados gerais. No entanto, e apesar de agora num outro papel, cabe também ao EEESMO garantir que são respeitados os cuidados ao RN, tais como o contacto precoce pele a pele, que é sempre consentido verbalmente pela mãe com testemunhas em redor, e a presença do pediatra, se assim se justificar.

O contato precoce pele a pele é uma prática simples que permite à mãe viver um momento único de amor com o seu filho. Assim, a partir do momento em que foi adquirida maior confiança na realização do parto e cuidados imediatos ao RN, aquando da sua extração, tornou-se importante a promoção do contacto pele a pele com a mãe, bem como o corte do cordão umbilical por parte da mãe ou convivente significativo, sempre que a condição do RN o permitiu.

Referir aqui a importância de integrar também o pai, quando este é o convivente significativo, na prestação de cuidados ao RN promovendo a interação entre ambos e o estabelecimento do processo de vinculação. A promoção e incentivo da presença do pai durante estes cuidados são fundamentais para ajudar, desde o início, esclarecendo dúvidas, preocupações, e para lhes revelar as potencialidades, competências, respostas e comportamentos do RN, tal como aferir as suas próprias capacidades no que concerne aos cuidados ao bebé. Para Lowdermilk & Perry (2008) a presença dos pais permite que as dúvidas sejam esclarecidas de imediato, promovendo o envolvimento dos mesmos nos cuidados ao bebé.

Por fim, e não menos importante abordar a realização de registos de enfermagem claros, concisos e objetivos.

Considerando a impossibilidade do enfermeiro permanecer vinte e quatro horas junto do cliente de cuidados, é fundamental encontrar formas de comunicação que permitam a continuidade dos cuidados, fica assim implícita a necessidade dos registos de enfermagem. Já para Nightingale, os registos assumiam grande relevância, motivo pela qual tecia críticas relativas à falta de informação que encontrava (Martins, et al., 2008).

Durante o TP é fundamental o registo preciso e pormenorizado, pois para além de garantirem a continuidade dos cuidados são ainda dados que com frequência são consultados por alguns elementos da equipa multidisciplinar e se necessário pessoal de apoio jurídico.

No fim e ao longo do processo de enfermagem é imperiosa a avaliação dos cuidados prestados, revendo a adequação dos diagnósticos de enfermagem, dos resultados e das intervenções (Bolander, 1998). Tive sempre a preocupação de validar as intervenções e adequá-las se necessário e avaliar o seu próprio desempenho, refletindo no que poderia melhorar ou mudar no dia seguinte, para que os cuidados que prestava fossem cada vez melhores e mais especializados.

Considero que estive sempre disponível para escutar e esclarecer todas as dúvidas da grávida e convivente significativo, mostrando interesse pelo que transmitiam, pelos seus receios e problemas, mantendo uma atitude de compreensão, empatia e de abstenção de juízos de valor. Creio que o importante nesta na arte de ser enfermeiro, mais do que cuidar, é ajudar as pessoas a adaptarem-se e sentirem-se mais confortáveis num ambiente que, decerto, lhes é desconhecido, alheio ou mesmo impessoal. É indescritível o que se sente quando alguém sorri e diz «obrigado por tudo», quando alguém confia os seus segredos e medos, quando alguém deixa cair uma lágrima de alegria ou mesmo de tristeza.

Não posso deixar de concluir que o acompanhamento contínuo do EEESMO durante o TP é fundamental. Segundo a OE (2015), há evidência que a assistência *one to one*, fomentam a confiança da mulher proporcionando TP mais curtos, com menos medidas farmacológicas e com menos probabilidade de partos distócicos.

É através da comunicação que o enfermeiro se mostra presente, numa atitude de prontidão e ajuda, e que se preocupa. E é através da comunicação que se consegue perceber as necessidades do cliente de cuidados, mesmo que seja num olhar, no fôlego, num gesto mais perturbado ou até num silêncio:

3.2. Hipnose: Uma Estratégia de Alívio da Dor no Trabalho de Parto

Não obstante de todas as aprendizagens descritas até aqui, importa agora abordar os objetivos específicos relacionados com o tema escolhido para trabalhar.

3.2.1. Verificar se a hipnose é reconhecida pela população alvo como um método não farmacológico de alívio da dor;

Numa tentativa de perceber se a hipnose é conhecida, pelas clientes de cuidados, como técnica não farmacológica de alívio da dor, foi colocada uma

questão, ao longo dos EC II, III, IV, V e Estágio com Relatório, no decurso da prestação de cuidados. A questão colocada era “Conhece o uso da hipnose como meio de conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto?” e das 213 mulheres a quem coloquei esta questão, 9 responderam de forma positiva e 204 responderam de forma negativa.

3.2.2. Identificar benefícios do uso da hipnose como estratégia de alívio da dor no trabalho de parto.

No sentido de atingir este objetivo foi realizada uma revisão da literatura, de onde resultaram artigos que foram posteriormente analisados e extraída informação. Os conhecimentos resultantes desta revisão permitiram sustentar a minha prática na evidência científica mais atual disponível. Esta revisão foi a linha de partida para o meu percurso que termina agora e permitiu-me sentir uma maior confiança acerca do uso das medidas alternativas de alívio da dor no trabalho de parto.

Ainda relativamente a este objetivo achei importante perceber quão a hipnose é conhecida pelas grávidas e puérperas através da realização uma entrevista informal durante a prestação de cuidados ao longo dos diferentes EC. Assim, conseguir perceber que de facto a hipnose é uma prática que se encontra, ainda, na sombra associada a alguns mitos e ritos, e que a sua associação a um trabalho de parto é algo que não é de todo conhecido, no total apenas três puérperas e cinco grávidas já tinham ouvido falar acerca do tema. Isto, ajudou-me a ficar motivada e confiante na escolha de um tema que se assemelhou difícil a princípio.

3.2.3. Propor intervenções que promovam o uso da hipnose durante o trabalho de parto

No que respeita a este objectivo, considerei pertinente e enriquecedor fazer uma entrevista a uma perita na área, e trazer a sua experiência pessoal enquanto parturiente que utilizou a hipnose como meio de alívio da dor, esta será denominada pelo nome fictício de *Maria*.

Importa referir este parto sob hipnose foi o segundo da *Maria*, sendo que o seu primeiro parto teve como meio de alívio da dor apenas a analgesia epidural, o que torna ainda mais interessante o seu testemunho.

Quando questionada relativamente à diferença entre o seu parto sob hipnose e o seu primeiro parto sem recurso a hipnose a *Maria* refere que *“A diferença mais significativa foi sem dúvida a dor! Fiquei surpreendida como poderia ser uma experiência tão diferente nesse sentido.”* A *Maria*, revelou também que apesar de ter recorrido à analgesia epidural, recorreu numa fase muito mais avançada do TP, parindo em menos de uma hora após a execução da mesma, tal como afirma Phillips-Moore (2012), existe uma diminuição no uso de analgésicos, uma vez que a *Maria* nem recorreu a outros fármacos antes da técnica analgésica.

“Permiti-me usufruir verdadeiramente da maternidade, relativizando muita coisa, o que me torna uma mãe mais relaxada e consequentemente uma filha mais calma!”. Tal com Werner et al., (2013) demonstraram que um breve curso pré-natal em self-hypnosis permitiu uma experiência de parto mais positiva. Com esta afirmação da *Maria* podemos ainda evocar aqui o estado de conforto de transcendência de Kolcaba (1994), no qual a mulher senta que tem competências para controlar o seu trabalho de parto e a forma como vivencia.

“Da primeira experiência foram dores excruciantes, desde tremores, suores frios, palidez, náuseas, intolerância ao toque. Da segunda vez foi bastante mais fácil gerir a dor, estava mais relaxada e a usufruir melhor o momento.” Conseguindo controlar a dor, é possível então atingir os estados de conforto de alívio e tranquilidade, ou seja, de acordo com Kolcaba (1994) a mulher consegue assim satisfazer uma necessidade fundamental, o alívio da dor neste caso, e ainda sentir-se calma e relaxada.

Em conjunto com a equipa de enfermagem, tive a oportunidade de organizar uma formação em serviço, cujo público-alvo foram os enfermeiros do serviço BP com o objetivo de divulgar o uso da hipnose como um meio não-farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto. Foi convidada a *Maria* que trouxe à equipa do BP a sua experiência na primeira pessoa, enquanto parturiente que utilizou a hipnose como meio de alívio da dor, e também enquanto hipnoterapeuta.

No final da sessão foi entregue, aos participantes, um questionário para avaliação da formação. A equipa achou o tema interessante, e que ficaram despidos para este meio, sendo que não é de fácil aplicação, até porque exige uma formação complementar, no entanto alguns dos fundamentos da hipnose são possíveis de utilizar no dia-a-dia, nomeadamente a programação neurolinguística aplicada, o tom de voz, os termos usados, entre outros.

Em suma, creio que esta formação veio acrescentar algo mais ao dia-a-dia destes profissionais, na medida em que ficaram a conhecer esta técnica e quais os seus benefícios e acaba por contribuir para uma desmistificação e consequentemente uma divulgação e promoção da hipnose enquanto método não-farmacológico de alívio da dor. Como referido, importa ao enfermeiro e ainda mais ao EEESMO fomentar a prática como autónoma, uma das formas de o fazer pode ser a aquisição de competências na área dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor.

4. LIMITAÇÕES

Durante este meu percurso de aprendizagem foram alguns os obstáculos que intervieram. Assim, destaco o desafio de realizar uma revisão da literatura e as tarefas adjacentes, como seja a utilização de descritores e a pesquisa nas bases de dados, bem como escolher um tema que será transversal a todos os ECs, sem saber exatamente onde estes iram decorrer e qual a abertura dos mesmos ao desenvolvimento do tema.

No que respeita ao período de estágio, considero que a carga horária foi intensa, o que dificulta a gestão da vida pessoal e profissional por forma a dedicar tempo às atividades autónomas intrínsecas à minha formação enquanto estudante.

Foi com esforço, dedicação e com o objectivo final sempre em foco que desenvolvi todas as atividades planeadas e propostas com o intuito de desenvolver as competências necessárias à prática do EEESMO.

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Segundo Rycroft-Malone et al (2004), a evidência é conhecimento que deriva de diversas fontes sujeitas a teste e consideradas credíveis. Uma destas fontes de conhecimento é a prática clínica, para que esta fonte seja credível, é requerida a sua explanação, análise e crítica.

É assim que este trabalho é elaborado, no sentido de desenvolver e sustentar cada vez mais a prática da enfermagem enquanto disciplina autónoma e empírica.

Considero que os resultados obtidos com a realização deste trabalho foram importantes, na medida em que mostram que a hipnose tem potencial enquanto método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto e enquanto intervenção autónoma do EEESMO, que deve de acordo com Carlos de Amorim, Cottin , Araújo, & Davim (2012) devem ser apresentadas às parturientes alternativas às abordagens extremamente medicalizadas e interventivas, promovendo o seu direito de escolha.

Acredito que podemos sempre inovar e criar em prol de quem cuidamos, garantindo uma melhoria na qualidade dos cuidados baseada na melhor evidência científica disponível.

Posto isto, sugiro a realização de mais investigação, e posterior publicação de estudos e artigos científicos no âmbito da hipnose, no sentido de a promover bem como de promover as intervenções autónomas do EEESMO.

6. QUESTÕES ÉTICAS

O cuidados prestados durante este EC foram sempre pautados de acordo com os princípios éticos do cuidar, nomeadamente os princípios da beneficência, não-maleficência, respeito pela autonomia, justiça e vulnerabilidade.

A informação proveniente da prestação de cuidados foi recolhida sob a forma de uma questão informal colocado do decurso da interação com as clientes de cuidados, sem qualquer identificação das mesmas, pelo que não se justificou uma autorização e respectivas formalidades.

Quanto à entrevista realizada à enfermeira e hipnoterapeuta, o seu consentimento foi livre e esclarecido, uma vez que ela aceitou de livre vontade concedê-la após lhe ter sido fornecida a informação essencial, bem como o conteúdo e objetivo da entrevista, isenta de qualquer coação e tendo a liberdade de cessar a participação se assim o deseja-se, tal como descreve Fortin (2009).

Foi sempre mantido e garantido o sigilo e o anonimato das pessoas envolvidas e das instituições onde realizei os EC, tal como de acordo com o Art.º 106.º onde está explícito que o enfermeiro deve “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (OE, 2015, p.84).

Um das premissas mais marcadas na realização deste relatório é, como de acordo com o Art.º 97.º, que os enfermeiros têm o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p.78).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findado este percurso académico, que termina com este Estágio com Relatório, importa agora refletir um pouco em jeito de conclusão.

Este EC constituiu-se como uma aprendizagem extremamente enriquecedora, através das experiências guardadas e marcadas pelas quais passei e que me permitiram crescer enquanto profissional, desenvolvendo competências científicas, técnicas e relacionais, e enquanto ser-humano. O contacto com a parturiente e pessoa significativa neste momento tão singular e especial das suas vidas é um privilégio e deve ser encarado como uma responsabilidade para a qual apenas um EEESMO está devidamente preparado.

Procurei reger a minha prestação de cuidados de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e com base na evidência científica mais atual, o que aliado ao pensamento crítico se revelou fundamental para a aquisição e consolidação de competências e para uma correta tomada de decisão clínica.

Ao longo deste EC não pude deixar de referir, e de o salientar novamente aqui, que a forma como fui recebida e guiada, nos dois contextos onde tive oportunidade de prestar cuidados enquanto estudante, contribuiu para o sucesso que considero ter obtido.

Mesmo nos momentos em que o culminar de um trabalho de parto era uma distócia, e por mais que refletisse se de alguma maneira a forma como foi conduzido pudesse ter afetado o desfecho, não podia deixar de me sentir satisfeita por constatar que tinha feito tudo ao meu alcance, e que era momento então de assumir que já se encontrava mais dentro das minhas competências enquanto futura EEESMO.

Sendo uma dos objectivos deste relatório a obtenção do grau de mestre, saliento a importância que a execução do mesmo teve na “Aplicação de conhecimentos e compreensão”, que consiste num dos descritores de Dublin, desenvolvidos pela *Joint Quality Initiative Group* (JQI, 2004), que considero ter desenvolvido de forma assaz ao longo do EC, uma vez que consiste em saber aplicar os conhecimentos e conseguir compreender e resolver problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo (JQI, 2004).

A assistência à parturiente deve ser centrada nas suas necessidades e não somente nos procedimentos, normas e intervenções previamente estabelecidas. Ao invés, a pessoa deve ser encarada com ser único com características específicas, carácter, personalidade, sentimentos, opiniões, crenças, desejos, aspirações, valores, dignidade e senso de justiça (Amaral & Martins, 2016).

A pesquisa acerca do conforto, através da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, nos diferentes contextos – físico, ambiental, psicoespiritual e social – capacitar-me-á para, uma vez no papel de EEESMO, compreender a grávida e o convivente significativo, e ajuda-los a atingir um estado de conforto, que por sua vez lhes permitirá uma experiência de parto positiva.

Posto isto, também a dor é um fenómeno subjetivo que está dependente destes múltiplos factores inerentes e intrínsecos ao individuo, pelo que a forma como é experienciada, vivida e encarada é sempre diferente, o que deve sempre ser considerado pelo EEESMO na sua intervenção.

Fica claro que o EEESMO tem um papel preponderante e decisivo da vivência do parto para a mulher e pessoa significativa, mas que o papel principal cabe de facto à parturiente. É nela, no seu conforto e bem-estar que deve residir a ação do EEESMO, e a ela deve caber o poder de decisão no que respeita à condução do seu trabalho de parto.

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor surgem e assumem cada vez mais relevância na prestação de cuidados de enfermagem, na medida em que podem ser realizados de forma autónoma pelo EEESMO e dado que o conforto como objetivo último dos cuidados de enfermagem vai influenciar a vivência do TP da parturiente e do convivente significativo.

Apesar da sua vertente menos invasiva, os métodos não farmacológicos de alívio da dor carecem de responsabilidade científica, sendo necessária uma prática baseada na evidência e uma procura contínua por fundamentação científicas que as sustentem (Ferreira, 2016). Só desta forma pode ser garantida a qualidade e a seguranças dos cuidados prestados, fica assim implícita a responsabilidade que o EEESMO tem de desenvolver uma prática baseada na evidência, obtendo assim as ferramentas necessárias a prática correta e contribuindo para o desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, e mormente dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Durante este trabalho o tema proposto a ser desenvolvido foi hipnose enquanto estratégia não farmacológica de alívio da dor, no sentido de desenvolver conhecimentos e de verificar a sua efetividade na dor durante o TP.

Foi um desafio que considero ter superado, trabalhar este tema ainda ignoto na prestação de cuidados do EEESMO em Portugal.

Creio que a pesquisa até então contribuiu sem dúvida para desenvolver conhecimentos relativos ao uso da hipnose como estratégia de alívio da dor no TP, respondendo assim ao objectivo geral delineado.

Estudos demonstram que a hipnose reduz o uso da medicação analgésica, diminui os partos por cesariana, diminui o tempo de trabalho de parto, reduz a dor e o desconforto durante o parto, e diminui a incidência da depressão pós-parto.

A evidência apresentada sugere ainda, que a hipnose isolada, ou em combinação com outras técnicas anestésicas, pode oferecer vantagens em relação à analgesia convencional isolada. A hipnose potencialmente satisfaz os princípios éticos básicos da prática médica e respeita a autonomia do cliente de cuidados, podendo produzir benefícios sem efeitos nocivos significativos (Cyna, McAuliffe & Andrew, 2004).

Este trabalho pode ainda servir como contributo para a prática de enfermagem, enquanto intervenção autónoma do EEESMO, como prevê a OE (2011b), este deve assumir no decurso do seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco.

A dificuldade major sentida na execução deste relatório prendeu-se exatamente com o número reduzido de estudos e com os seus resultados inconclusivos, motivo pelo qual fica aqui o apelo a uma maior investigação e quem sabe investimento, para que possa ser parte integrante dos cuidados de enfermagem promotores do conforto de uma forma fundamentada e fidedigna.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*, 6, 53-59.
- APEO (2009). *Iniciativa ao Parto Normal: Documento de Consenso*. Loures: Lusociência.
- Amaral, A. & Martins, C. (2016). Manutenção das Necessidades da Parturiente. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.400-406). Lisboa: Lidel.
- American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2009). *ACOG Refines Fetal Heart Rate Monitoring Guidelines*. Acedido 20-08-2017. Disponível em:
<https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2009/ACOG-Refines-Fetal-Heart-Rate-Monitoring-Guidelines>
- American Psychological Association's (2016). Acedido 15-05-2016. Disponível em:
<http://apa.org/topics/hypnosis/media.aspx>
- American Society of Clinical Hypnosis (2010). Acedido 12-05-2016. Disponível em:
<http://www.asch.net/Public/GeneralInfoonHyp%20nosis/DefinitionofHypnosis/tabid/134/Default.aspx>.
- Apóstolo, J. (2009). O Conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 9, 61-67.
- Batista, A. & Pereira, S. (2016). Importância da Visita à Maternidade. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.170-174). Lisboa: Lidel.
- Beebe, K. (2014). Hypnotherapy for Labor and Birth. *Nursing for Women's Health*, 18 (1), 50-59.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa) (Queirós, A., A. & Lourenço, B., Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice (Comemorative Edition), 2001).

- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica* (3ªed.). Lisboa: Lusodidacta
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carinhas, M. (2001). Avaliação do bem-estar fetal intraparto. *Acta Médica Portuguesa*, 14, 399-407.
- Carlos de Amorim, A., Cottin, R., Araújo, V. & Davim, R (2012). Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão. *Saúde Coletiva*, 9 (56), 61-66. Acedido a 21-07-2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84223413006>
- Chang, M., Chen, C. & Huang, K. (2006). A Comparison of Massage Effects on Labor Pain Using the McGill Pain Questionnaire. *Journal of Nursing Research*. 2006, 14 (3), 190-196.
- Cruz, A. (2009). Parto Normal ou Natural: Qual o diferencial. *Revista Enfermagem*, 81, 21-25.
- Cunha, A. (2010). Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Feminina*, 38 (11), 599-606.
- Cyna, A. M., Crowther, C. A., Robinson, J. S., Andrew, M. I., Antoniou, G. & Baghurst, P. (2013). Hypnosis Antenatal Training for Childbirth: a randomised controlled trial. *BJOG*, 120, 1248-1259.
- Cyna, A., McAuliffe, G & Andrew, M. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *British Journal of Anaesthesia*. 93 (4), 505-511.
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário Da República I Série A*, N.º 93 (21-4-1998), 1739-1757.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2016). *Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório*. 2016. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.308-420). Lisboa: Lidel.
- Ferreira, S (2016). Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.416-424). Lisboa: Lidel.
- Field, T. (2008). Pregnancy and Labor Alternative Therapy Research. *Alternative Therapies*. 10 (5), 8-34.
- Finlayson, K., Downe, S., Hinder, S., Carr, H., Spiby, H. & Whorwell, P. (2015). Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 15 (229).
- Fortin, M. F., Cotê, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4ª ed.). Lisboa: LIDEL
- Guerra, A. (2016). A Dor em Obstetrícia. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.408-410). Lisboa: Lidel.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration*. Acedido 05-05-2016. Disponível em:
<http://old.apmgf.pt/files/54/documentos/20080304162515765381.pdf>
- International Confederation of Midwives (2017). International Definition of the Midwife. Acedido 24-05-2017. Disponível em:
http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20State%20ments%20%20English/New%20Position%20Statements%20in%202014%20and%202017%20/ENG%20Definition_of_the_Midwife%202017.pdf

- Joint Quality Initiative informal group (JQI, 2004). *Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. Acedido 17-09-2017. Disponível em:
https://paginas.fe.up.pt/~sfeyo/Docs_SFA_Bologna/120_Ref%20Doc_20041018%20%5BJQIG%20Dublin%20Descriptors%5D.pdf
- Kolcaba, K. (1992). Holistic Comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15 (1), 1-10.
- Kolcaba, K. (1994). A Theory of Holistic Comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 9, 1178-1184.
- Kolcaba, K., Tilton, C. T., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory - A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36 (11), 538-544.
- Lei n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, II Série*, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653.
- Lei n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. *Diário da República, II Série*, N.º 35 (18-02-2011) 8662-8666.
- Lopes, M. (2016). Plano de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.167-169). Lisboa: Lidel.
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed) Loures: Lusodidacta.
- Malinowski, A. & Stamler, L. L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 599-606.
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C. Pimental, E., Fonseca, I., Andre, M. ... Santos, R. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 52-61.

- Martins, E., Marques, M. & Tomé, J. (2002). Analgesia Epidural Obstétrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 18 (3), 163-168. Acedido 21-04-2017. Disponível em:
<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9878>
- Mcevoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice: A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8 (6), 412-419.
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.335-347). Lisboa: Lidel.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Acedido 27-08-2017. Disponível em:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- Neubern, M (2009a). Hipnose e dor: proposta de metodologia clínica e qualitativa de estudo. *Psico*. 14 (2), 201-209.
- Neubern, M (2009b). Hipnose, dor e subjetividade: Considerações teóricas e clínicas. *Psicologia em Estudo*. 14 (2), 303-310.
- Neubern, M (2009c). Hipnose e dor: origem e tradição clínicas. *Estudos de Psicologia*. 14 (2), 105-111.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido 05-10-2017. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo direito ao parto normal: Uma visão partilhada*. Acedido 20-01-2017. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Partido_Normal.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido 02-03-2017. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialista Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras*. Acedido 26-01-2017. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Reproductive Health and Reserach World Health Organization. Geneva.
- Osório, S., Júnior, L. & Nicolau, A. (2014). Avaliação da efectividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Revista Rene*, 15 (1), 174-184.
- Oxorn, H. (2013). *Trabalho de Parto* (6ª ed.). McGraw-Hill.
- Pedro, L. & Oliveira, S. (2016). A Dor no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.411-412). Lisboa: Lidel.
- Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Lazzari, L., Méier, M. & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14 (4), 760-763.
- Phillips-Moore, J. (2012). Birthing outcomes from an Australian HypnoBirthing programme. *British Journal of Midwifery*, 20 (8), 558-564.
- Rodrigues, S. (2016). Parto Normal. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.377-381). Lisboa: Lidel.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice?. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), 81-90.

- Sampaio, R., & Mancini, M. (2007). Systematic review studies: a guide for careful synthesis of scientific evidence. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (1), 83-89. Acedido 05-05-2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>
- Silva, L., Oliveira, S., Silva, F. & Alvarenga, M. (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24 (5), 656-662. Acedido 05-05-2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/en_10v24n5.pdf
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J. & Cheever, K. (2011). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica (12ª ed.)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Souto, A. (2015). As expectativas Associados ao Trabalho de Parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 16, 18.
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Rosen, G. and Nohr, E. (2013a) Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial. *BJOG*, 120, 346-353.
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Wu, C., and Nohr, E. (2013b). Antenatal Hypnosis Training and Childbirth Experience: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, 40 (4), 273-280.

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA

[illegible]

APÊNDICE II – Resumo da Recolha de Dados

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Questão

A. Conhece o uso da hipnose como meio de conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto?

EC	Sim	Não	Total
II	1	61	
III	3	42	
IV	0	13	
V	0	5	
Estágio com Relatório	5	83	

ANEXOS

**ANEXO I – Avaliação e Extração usando
ferramentas do JBI, Estudo 1**

JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/ Case Control.

Authors: Phillips-Moore, J.

Year: 2012

Record Number: 20

	Yes	No	Unclear
1. Is sample representative of patients in the population as a whole?			X
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	X		
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	X		
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?			X
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?			X
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	X		

Overall appraisal: Include

JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Autores: Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Wu, C. and Nohr. E.

Year: 2013

Journal: Birth

Record Number: 40:4

Study Method: É um estudo aleatório, controlado.

Participants

Local: Departamento Obstétrico, no Hospital Universitário de Aarhus, Dinamarca

População: Mulheres nulíparas, saudáveis, alocadas em três grupos diferentes.

Sample size: 1,222 participantes.

Interventions

Intervention 1: *The Intervention group* (n=497), três sessões de uma hora de *self-hypnosis* para o parto durante três semanas consecutivas;

Intervention 2: *The active comparision group* (n=495), três sessões de uma hora, as mesmas *midwives* que no *The intervention group*, usaram técnicas de relaxamento e de *mindfulness*;

Intervention 3: *The usual care group* (n=230), recebeu apenas sessões tipo de preparação para o parto, tais como 4 a 5 visitas à clínica de enfermagem e visita ao serviço de Bloco de Partos;

Clinical outcome measures

Outcome description	Scale/mesure
Experiência do parto por acontecer (medo, confiança, expectativas).	The Wijmas Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, versão A (W-DEQ A)
Experiência do parto após o parto (medo, confiança, expectativas)	The Wijmas Delivery Expectancy/Experience Questionnaire,

	versão B (W-DEQ B)
Bem-estar emocional	Perceived Stress Scale; WHO-5 Well-being questionnaire

Um score de mais de 84 na W-DEQ A representa um medo severo do parto, um score superior a 90 representa medo extremo do parto.

Para comparar participantes de não participantes foi usada uma colecção de informação/dados independente, a “The Aarhus Birth Cohort”, que inclui um questionário enviado a todas as mulheres numa fase precoce da gravidez, quando alistadas para o parto naquele hospital.

Imediatamente após o fim do curso de preparação para o parto as mulheres são questionadas quando à mudança nas expectativas face ao parto. Nenhuma mulher referiu mudanças negativas, pelo que esta variável foi dicotomizada em “Change in a positive direction/No change.”

As informações relativas ao parto derivam da “The Aarhus Birth Cohort”, em caso de perda de informação pelo parto ocorrer noutra hospital são utilizados os registos médicos.

Study results

Baseline Characteristics

Cesariana electiva foram menores no grupo da hipnose;

Cesarianas de emergência foram mais no grupo da hipnose;

O tempo decorrido da entrada até ao momento do parto não diferiu entre os três grupos;

Expectations at Baseline Concerning the Upcoming Childbirth

Nos três grupos, as expectativas quanto ao parto a acontecer foram semelhantes;

Attendance to the Training and its Impact on Expectations of the Upcoming Birth

Frequência das sessões de preparação para o parto foi superior no grupo da hipnose (85,2%), 79,8% no grupo de relaxamento.

Após a conclusão das sessões, 86,9% das mulheres no grupo da hipnose referiram que as suas expectativas quanto ao parto mudaram para uma perspectiva mais positiva, no grupo de relaxamento 76,8% referiram o mesmo.

How Childbirth was Experienced

O grupo da hipnose teve uma experiência de parto mais positiva comparativamente aos outros dois grupos;

Nos partos espontâneos e vaginais verificou-se que o medo sentido pelas mulheres era inferior no grupo da hipnose;

The Relations Between Expectations of the Childbirth and the Childbirth Experience

Efeito positivo de um breve curso pré-natal em self-hypnosis no que respeita à experiência do parto;

Estatisticamente, o grupo da hipnose apresenta uma mudança positiva nas expectativas significativamente superior aos outros grupos;

Author's conclusions

Os autores concluem que a hipnose como forma de treino pré-natal teve um impacto positivo na experiência do parto.

Sugerem que em futuro estudos as intervenções sejam abordadas de forma mais intensiva.

**ANEXO II – Avaliação e Extração usando
ferramentas do JBI, Estudo 2**

JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/ Case Control.

Authors: Phillips-Moore, J.

Year: 2012

Record Number: 20

	Yes	No	Unclear
1. Is sample representative of patients in the population as a whole?	X		
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?			X
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?			X
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?			X
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?			X
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	X		

Overall appraisal: Include

JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Autores: Phillips-Moore, J.

Year: 2012

Journal: British Journal of Midwifery

Record Number: 20

Study Method: Estudo observacional retrospectivo.

Participants

Compilação de informação, através da implementação de um questionário misto, após a conclusão de programas *HypnoBirthing* realizados durante o período de 2007 a 2010, em Sydney, Austrália.

Population: Casais cujo parto foi via vaginal.

Sample size: 145 casais.

Interventions

Intervention 1:

Control group: Dados do ministério da saúde, relativos ao período entre 2008 a 2009.

Clinical outcome measures

Duração do Trabalho de Parto; Parto cirúrgico (surgical); Analgesia; Depressão pós parto; Índice de Apgar; Ansiedade; Satisfação.

Estes dados extraídos do estudo foram comparados com os dados do ministério da saúde, são relativos ao período entre 2008 a 2009.

Study results

O HypnoBirthing é uma abordagem alternativa natural numa fase avançada da gravidez.

Os estudos demonstram: Redução da dor e desconforto durante o parto; Redução de analgésicos; Menores números de parto por cesariana; Trabalhos de parto mais curtos; Índices de apgar mais elevados; Redução da incidência de depressão pós-parto.

As mulheres referem aumento da confiança, aumento do relaxamento, diminuição da sensação de medo, aumento do foco e do controlo. Satisfação em terem os companheiros envolvidos e a apoiarem;

A maioria das mulheres refere que voltariam a praticar e que o recomendam de forma veemente.

Author's conclusions

As mulheres que utilizaram o programa HypnoBirthing demonstraram resultados semelhantes aos encontrados na pesquisa efectuada pela autora.

São ainda demonstrados alguns benefícios adicionais tais como: sensação de confiança , relaxamento, diminuição do medo, e ainda a satisfação pelo envolvimento do convivente significativo.

**ANEXO III – Avaliação e Extração
usando ferramentas do JBI, Estudo 3**

JBI Critical Appraisal Checklist for Comnarable Cohort/ Case Control.

Authors: Werner, A., Uldbjerg, N., Zacl , R., Rosen, G. and Nohr, E. A.

Year: 2012

Record Number: 120

	Yes	No	Unclear
1. Is sample representative of patients in the population as a whole?	X		
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	X		
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	X		
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?			X
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?			X
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	X		

Overall appraisal: Include

JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies (Anexo V)

Autores: Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Rosen, G. and Nohr, E.

Year: 2013

Journal: BJOG

Record Number: 120

Study Method: É um estudo clínico aleatório, controlado.

Participants

Local: Hospital Universitário de Aarhus, Denmark, entre Julho de 2009 e Agosto de 2011.

Population: Mulheres grávidas, nulíparas, saudáveis, sem doenças crônicas, gravidez sem complicações, com mais de 18 anos e que falassem e percebessem dinamarquês.

Sample size: 1222 participantes.

Interventions

Intervention 1: *Hypnosis group*, recebe três sessões de uma hora em self-hypnosis com adição de um CD audio;

Intervention 2: *Relaxation Group*, recebe três sessões de uma hora em vários métodos de relaxamento e mindfulness, com adição de CD audio para treino.

Control group: Groupa que recebe cuidados comuns.

Clinical outcome measures

Outcome description	Scale/mesure
Use of epidural analgesia	The Aarhus Birth Cohort
Self-reported pain	Perceived Stress Scale; World Health Organization (WHO)-5 Wellbeing questionnaire; Likert scale.

Study results

Contrariamente às hipóteses colocadas pelos autores, a intervenção não reduziu o uso de analgesia epidural durante o parto em comparação com o grupo de relaxamento ou de cuidados.

No entanto, mais estudos são necessárias. Pode ser reconsiderada a duração e horário da intervenção, e munir os profissionais de saúde das competências necessárias para intervirem.

Author's conclusions

Os autores concluem que a hipnose não reduziu o uso de analgesia epidural.

**ANEXO IV – Avaliação e Extração
usando ferramentas do JBI, Estudo 4**

JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/ Case Control.

Authors: Cyna, M., Crowther, A., Roloff, S., Andrew, M., Antoniou, G. And Baghurst, P.

Year: 2013

Record Number: 120

	Yes	No	Unclear
1. Is sample representative of patients in the population as a whole?			X
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	X		
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	X		
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?			X
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	X		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?			X
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9. Was appropriate statistical analysis used?	X		

Overall appraisal: Include

JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Autores: Cyna, A. M., Crowther, C. A., Robinson, J. S., Andrew, M. I., Antoniou, G. And Baghurst, P.

Year: 2013

Journal: BJOG

Record Number: 120

Study Method: É um estudo clínico aleatório, controlado.

Participants

Local: Maior centro de referência de assistência á maternidade, Sul da Austrália.

Population: Mulheres grávidas, IG superior a 34 semanas e inferior a 39semanas, gravidez simples, apresentação fetal cefálica, a planear parto vaginal.

Sample size: 448 participantes.

Interventions

Intervention 1: Grupo *Hypnosis* + CD. Três sessões pré-natais de hipnose ao vivo. Cada sessão correspondia a um CD para prática posterior e um quarto CD para ouvir durante o parto.

Intervention 2: Grupo *CD only*. Recebiam os mesmos CDs que o grupo anterior, mas não as sessões ao vivo.

Control group: Não foram ministradas sessões adicionais nem CDs.

Clinical outcome measures

Outcome description	Scale/mesure
Uso de analgesia farmacológica de trabalho de parto.	The Wijmas Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, versão A (W-DEQ A)
Experiência do parto após o parto (medo, confiança, expectativas)	The Wijmas Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, versão B (W-DEQ B)
Bem-estar emocional	Perceived Stress Scale; WHO-5 Well-being questionnaire

Um score de mais de 84 na W-DEQ A representa um medo severo do parto, um score superior a 90 representa medo extremo do parto.

Para comparar participantes de não participantes foi usada uma coleção de informação/dados independente, a “The Aarhus Birth Cohort”, que inclui um questionário enviado a todas as mulheres numa fase precoce da gravidez, quando alistadas para o parto naquele hospital.

Imediatamente após o fim do curso de preparação para o parto as mulheres são questionadas quando à mudança nas expectativas face ao parto. Nenhuma mulher referiu mudanças negativas, pelo que esta variável foi dicotomizada em “Change in a positive direction/No change.”

As informações relativas ao parto derivam da “The Aarhus Birth Cohort”, em caso de perda de informação pelo parto ocorrer noutra hospital são utilizados os registos médicos.

Study results

Não se verificou diferença no uso de analgesia de trabalho de parto farmacológica com a implementação do HATCH (Hypnosis Antenatal Training for Childbirth) na gravidez tardia.

Author's conclusions

Os autores concluem que a hipnose como forma de treino pré-natal teve um impacto positivo na experiência do parto.

Sugerem que em futuro estudos as intervenções sejam abordadas de forma mais intensiva.